

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
A - CADRE DE PRATIQUE	2
I - Les particularités du service de MPR	2
I – 1- Description du service	2
I – 2 - La temporalité	3
I – 3 - L’interdisciplinarité	4
I – 3 – a . Généralités	4
I – 3 – b . Expérience personnelle	5
II - La psychomotricité en service de Médecine Physique et Réadaptation	6
II – 1 - La psychomotricité et ses domaines de compétences	6
II – 2 - La spécificité de l’approche psychomotrice	7
II – 3 –Indications	11
B - APPROCHES CLINIQUES	14
I – Présentation de la démarche	14
II - Cas cliniques	18
II – 1 - Psychomotricité et vécu d’une amputation au membre inférieur	18
II – 1 – a . Entretien et évaluation psychomotrice	18
II – 1 – b . Exemple de séance	19
II – 2 - Psychomotricité et vécu d’une amputation au membre supérieur	21
II – 2 – a . Entretien et évaluation psychomotrice	21
II – 2 – b . Exemple de séance	23
II – 3 - Psychomotricité et patient douloureux chronique	24
II – 3 – a . Rencontre avec le patient et évaluation psychomotrice	24
II – 3 – b . Exemple de séance	27
II – 4 - Psychomotricité et patient grand brûlé	28
II – 4 – a . Présentation du patient	28
II – 4 – b . Entretien et évaluation psychomotrice	28
II – 4 – c . Exemple de séance	30
II – 5 - Psychomotricité et patient atteint de sclérose en plaques	32
La rencontre et l’évaluation psychomotrice	32
C – DISCUSSION CLINICO-THEORIQUE	36
I - Les thématiques psychomotrices abordées	36

I – 1 - Schéma corporel et image du corps	36
I – 2 - Plasticité cérébrale et psychomotricité suite aux pertes, modifications de fonctionnalité	39
I – 3 - L'impact de l'état psycho-affectif du patient	41
I – 4 - Tonus et régulation tonico-émotionnelle	44
I – 5 - Axe corporel et postures	47
I – 6 - Notions d'enveloppe physique et psychique	48
I – 7 - L'équilibre	51
I – 8 - De la sensibilité à la proprioception	52
I – 9 - Psychomotricité et gestion de la douleur	55
II - Clinique et médiations	58
II – 1 - Différentes méthodes de relaxation	58
II – 2 - La conscience corporelle	63
II – 3 - Les parcours psychomoteurs	66
III- Les limites du patient	66
III – 1 - Contres indications	66
III – 2 - Non indications	67
IV- Les limites du psychomotricien	67
V- Proposition d'un support de prescription	68
D - CONCLUSION	69
E- ANNEXES	70
BIBLIOGRAPHIE	78

INTRODUCTION

Nos choix actuels sont, bon an mal an, influencés et en équilibre sur le fil tendu entre nos origines et notre désir, tourné vers l'avenir. Je ne peux que faire le lien entre mon histoire, mes proches, mes choix professionnels et même de mémoire de « fin d'études », si tant est que l'on cesse un jour d'apprendre ! Bon nombre de mes proches, famille et amis, sont issus du monde médical ou militaire. Pour ma part, il y a quelques années, j'ai eu l'expérience d'être patiente en service de Médecine Physique et Réadaptation pendant plusieurs mois. Je vous laisse faire le rapprochement avec mon choix de stage. Ne dit-on pas que ce n'est pas un hasard si nous sommes en psychomotricité ? Que nous exerçons avec ce que nous sommes ?

La psychomotricité est une profession manifestement peu développée en milieu hospitalier. Globale, l'approche psychomotrice du patient n'en est pas moins complémentaire de l'approche somatique spécialisée. La multiplicité des outils dont elle dispose la rend adaptable en fonction des services. La psychomotricité doit trouver sa place dans l'ordre décisionnel du parcours de soins du patient. Dans le cadre du stage dont j'ai pu bénéficier, j'ai pu constater la richesse et l'importance d'un travail en équipe pluridisciplinaire dans le parcours de soins des patients hospitalisés, notamment en service de Médecine Physique et Réadaptation.

Quels sont les enjeux d'une psychomotricité hospitalière ? Quelles peuvent-être les indications psychomotrices en MPR ? Nous tenterons de répondre à ces questions à travers les situations cliniques de cinq patients présentant des atteintes et symptômes différents.

Dans la discussion, nous en aborderons les principales thématiques psychomotrices et leurs significations. Nous verrons que c'est moins la médiation utilisée qui compte que le projet thérapeutique qu'elle sert. L'expérience clinique nous amènera ensuite à évoquer les limites du patient et celles du psychomotricien. Enfin, je proposerai un potentiel support de prescription, modulable en fonction des services, favorisant la compréhension du métier et la communication entre psychomotricien et spécialiste.

A - CADRE DE PRATIQUE

I - Les particularités du service de MPR

I – 1- Description du service

Mon lieu de stage est un hôpital militaire, ou Hôpital d'Instruction des Armées (HIA), jouant également le rôle d'hôpital de secteur en accueillant des patients adultes militaires et civils. Cet hôpital comporte de nombreux services dont les urgences, le service de réanimation, le service de rééducation post-réanimation (SRPR), la neurologie, la psychiatrie, le centre de traitement des brûlés, la chirurgie orthopédique ou encore le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) qui nous intéresse ici tout particulièrement, et qui accueille des patients pouvant venir de tous ces services.

Le service de MPR auquel je suis rattachée comporte deux secteurs : l'hospitalisation et le plateau technique.

Le service d'hospitalisation de MPR, se trouve au deuxième étage. Il s'agit d'un secteur hospitalier de 28 lits dont 16 chambres individuelles et 6 chambres doubles. Il comprend également un appartement thérapeutique d'une trentaine de mètres carrés, pensé et équipé pour à la fois ressembler à un appartement classique, et accueillir des personnes lourdement handicapées, dans un objectif de rééducation et de réadaptation en vue du retour à domicile. Les patients hospitalisés sont soit en hospitalisation complète et dorment à l'hôpital, soit en hospitalisation de jour (HDJ).

Le plateau technique comprend des salles de kinésithérapie et psychomotricité à l'étage -1, la salle d'ergothérapie ainsi que la salle de sport au -2. La balnéothérapie, quant à elle, se situe au -3 du même monobloc, les différents étages étant accessibles par escaliers ou ascenseurs.

Le service de Médecine Physique et Réadaptation de l'HIA accueille des patients majoritairement militaires à plus de 60%. Ceci implique une sur-représentation de sujets globalement jeunes, blessés soit dans le cadre de l'exercice de leur profession, soit par accident domestique ou de la voie publique. Parmi les civils, on peut retrouver également des atteintes de type blessure de guerre suite aux attentats. Outre cette clinique de traumatologie, le service prend également en charge des patients atteints de pathologies chroniques et maladies neurodégénératives telles que la sclérose en plaques.

Les symptomatologies essentiellement retrouvées sont donc : les brûlures, les amputations, paralysies et/ou paresthésies segmentaires ou globales, suites post-opératoires.

I – 2 - La temporalité

Selon le petit Larousse, “le temps est une notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements, et souvent ressenti comme une force agissant sur le monde et les êtres”. Il comprend trois composantes majeures : l’ordre, la durée et la succession. La notion de temps à l’hôpital est particulière : les journées se ressemblent et sont rythmées par les repas toujours à la même heure, les soins en chambre si besoin, les prises en charges avec les différents professionnels de santé...

En service de médecine physique et réadaptation, les patients sont généralement hospitalisés pour une durée allant de deux ou trois semaines à plusieurs mois. L’instauration d’une relation de confiance et d’une alliance thérapeutique doit se faire assez rapidement, pour que le projet de soin puisse se dérouler au mieux pour le patient comme pour le soignant. Il s’agit pour nous de permettre au sujet de trouver des ressources et appuis psychomoteurs avant sa sortie de l’hôpital lorsqu’il est en hospitalisation complète. Il est important d’avoir conscience que si certains patients sont orientés vers des structures type Soins de Suite et Réadaptation (SSR) ou suivi en libéral, d’autres ne continueront pas les séances de psychomotricité. Mais cette question de la temporalité ne doit pas mener à une confusion productivité/efficacité malheureusement régulièrement associée aux établissements de santé.

Les équipes que j’ai pu rencontrer dans les services de neurologie et de MPR avaient à cœur de prendre le temps nécessaire pour les patients, les écouter, répondre au mieux à leurs interrogations et prendre en compte leur situation sociale, professionnelle et familiale. Pour cela, chaque professionnel s’exprime lors des synthèses pendant lesquelles sont exposés les faits biologiques ainsi que l’attitude du patient vis à vis de sa pathologie - ce qu’il sait, ce qu’il en dit... - et les objectifs visés dans son projet thérapeutique et de vie.

J’ai pu constater, lors des réunions cliniques, la complexité des enjeux face à ce qui doit être dit ou pas au patient, comment, à quel moment et par qui. Il y a “un temps pour tout”. La temporalité du patient est bousculée par l’hospitalisation, les conséquences de sa pathologie et la quantité d’informations qui lui sont fournies dans une temporalité contrainte.

“Quand les nouvelles sont mauvaises il est toujours trop tôt pour qu’on nous les annonce, on n’est pas prêt, et en même temps, on veut savoir...” m’a confié un patient. Un autre encore *“quand on a mal, le temps est toujours trop long”*.

Ce temps “agissant sur le monde et les êtres” impacte ainsi tout à la fois le patient, le soignant et le projet de soins.

I – 3 - L’interdisciplinarité

I – 3 – a . Généralités

Travailler en Hôpital, et au sein d’un service de Médecine Physique et Réadaptation implique d’exercer avec de nombreux professionnels de santé et du domaine médico-social, et ce, dans le but de mettre en place tous les moyens nécessaires dont le patient a besoin lors de son hospitalisation, et organiser sa sortie dans les meilleures conditions possibles. Le psychomotricien ne travaille pas seul auprès du patient et doit être en accord avec le projet de soin et de vie de celui-ci, prenant en compte les retours des soins infirmiers, les préconisations du médecin et/ou chirurgien référent, l’avancée du travail en kinésithérapie et en ergothérapie... Il est important de prendre en compte que même lorsque le sujet a “un bon instrument”, aucun déficit fonctionnel objectivé médicalement, il peut rester incapable de s’en servir pour des raisons multiples : blocage psychique, appréhension majeure, problèmes de confiance en soi, incapacités ou difficultés proprioceptives...

En service de MPR le psychomotricien évolue aux côtés des kinésithérapeutes et ergothérapeutes, et par moments partage l’espace et le matériel. Dans certaines situations, un travail en cothérapie peut également être nécessaire. Pour que les échanges avec les autres professionnels soient porteurs, l’écoute et le respect sont primordiaux. La compréhension des axes de travail de chacun permet une prise en charge du patient en bonne intelligence. La coordination des soins doit s’effectuer dans l’intérêt du patient, et la communication entre les différents soignants qui lui sont rattachés doit être régulière. Il y a donc un réel travail d’équipe. Les temps de synthèse permettent de partager les points de vue de l’ensemble de l’équipe

soignante du service MPR (kinés, médecin, ergothérapeutes et psychomotricien) ainsi que ceux de l'orthophoniste, la psychologue et l'assistante sociale si besoin est.

I – 3 – b . Expérience personnelle

Après deux mois en MPR, un changement de titulaire a entraîné une période de transition pendant laquelle il n'y avait plus de psychomotricien dans le service.

J'ai, pendant ces quelques semaines, eu la chance d'être intégrée au service de neurologie, ce qui m'a permis de découvrir une nouvelle équipe, une pratique différente de la psychomotricité. Cela a été un réel enrichissement professionnel et personnel y ayant rencontré des professionnels passionnés, rigoureux et investis. Par ailleurs, j'ai eu l'opportunité d'être reçue par l'équipe de neurophysiologie qui m'a fait découvrir et a pris le temps de m'expliquer les différents examens par lesquels pouvaient passer les patients dont l'électro-encéphalogramme (auquel j'ai pu assister), les examens du sommeil... L'équipe spécialisée douleur m'a, quant à elle, fait découvrir son champ d'action.

J'ai pu voir et comprendre des imageries et graphiques normaux et pathologiques. J'ai par ailleurs, lors des synthèses en neurologie, assisté à des explications d'imageries cérébrales qui m'ont permis de faire du lien avec des observations cliniques et parfois de constater l'écart important entre l'ampleur de la lésion et les symptômes du patient, qui peuvent s'avérer totalement disproportionnés. Schématiquement, nous pourrions dire que le service de neurologie se trouve au carrefour entre la psychiatrie et la médecine physique réadaptation, lorsque le service de MPR se situe au carrefour entre neurologie et orthopédie. Ces deux mois en neurologie m'ont permis de faire du lien avec la clinique en MPR et de comprendre davantage certaines pathologies telles que la sclérose en plaque dont j'ai pu aborder les différentes formes et découvrir les divers traitements et leurs effets secondaires. Il me semble important, en tant que soignant et professionnel du lien corps-psychée, d'avoir une idée de ce par quoi peut passer le patient d'un point de vue médical (examens, traitements, effets...).

Les communications et la complémentarité des disciplines en MPR, en neurologie, mais également entre les services, sont nécessaires à la bonne prise en charge des patients, et par là-même au bon fonctionnement de l'hôpital. Chaque spécialité apporte sa pierre à l'édifice du projet de soin de la personne hospitalisée.

II - La psychomotricité en service de Médecine Physique et Réadaptation

Dans cette partie nous verrons ce qu'est la psychomotricité et quels sont ses domaines de compétence puis quels sont les enjeux de cette discipline dans la prise en charge des patients hospitalisés suivis en service de médecine physique et réadaptation. Nous chercherons ensuite à déterminer dans quels cas des séances de psychomotricité peuvent être indiquées.

II – 1 - La psychomotricité et ses domaines de compétences

Voici une définition du métier : La psychomotricité est une discipline appartenant au domaine paramédical, sollicitant le patient dans ses interactions psychiques et corporelles, prenant en compte leurs influences réciproques. Elle tient à considérer le patient sujet, non réduit à son ou ses symptômes, et s'intéresse aux liens étroits établis entre la pensée, l'éprouvé, le vécu.

Catherine Potel propose la définition suivante : «La psychomotricité est un dispositif de soins thérapeutiques qui s'intéresse (...) à l'intrication profonde entre l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, la fonction contenante de l'enveloppe et la structure de l'identité corporelle du sujet».

Les particularités de cette pratique résident dans le fait que le patient est acteur dans le soin et que le psychomotricien ne cherche pas à « agir sur » mais à permettre au sujet de trouver ses propres ressources, en perspective d'une meilleure harmonisation des dimensions psycho-affectives, tonico-émotionnelles et neuro-motrices. En outre, la psychomotricité a pour objectif de soutenir et accompagner le patient pour qu'il puisse mieux se vivre, vivre en relation à l'autre, à et dans son environnement. L'approche globale du patient implique la prise en compte de sa singularité emprunte de multiples facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels.

II – 2 - La spécificité de l'approche psychomotrice

La psychomotricité ne vise ni la fonctionnalité même d'un membre ni la performance. Il s'agit, dans notre approche, de prendre en compte le ou les symptômes de la personne dans son fonctionnement global, et d'en comprendre les causes et conséquences, d'aider le patient à mettre du sens sur ce qu'il vit et l'aider à trouver de différentes manières les ressources psychocorporelles nécessaires dans son parcours de soin et plus largement dans son parcours de vie. La rééducation et la réadaptation fonctionnelle représentent une spécialité médicale. La rééducation aurait pour but de corriger ou limiter une déficience, alors que la réadaptation vise davantage à pallier les conséquences d'un handicap.

Le concept d'adaptation est complexe et dépend de nombreux facteurs. Un être vivant est dit adapté à un milieu, ou à une situation, lorsqu'il est capable de fournir une réponse adéquate à ceux-ci. Ainsi, individu, milieu et réponse sont trois éléments indissociables. Une réponse adaptée renvoie à une finalité situationnelle et à une finalité biologique.

Une situation (ou stimulus) ne porte en elle une exigence que dans la mesure où elle renvoie à un projet, à une fin. Autrement dit, une situation n'a de sens que parce qu'elle renvoie à un individu vivant qui vise à un projet.

Ainsi, dans l'intervention thérapeutique en psychomotricité, on a tendance à penser qu'un sujet veut guérir, mais ce n'est qu'une probabilité. Il peut vouloir conserver son symptôme, et ce, pour de multiples raisons : parce qu'il tire de la situation de multiples avantages, encore appelés bénéfiques secondaires, ou encore parce que sa maladie joue un rôle dans l'homéostasie du groupe familial ou social auquel il appartient.

Comme énoncé dans le Tome 1 *concepts fondamentaux*, du Manuel d'enseignement en psychomotricité, trois idées doivent être retenues par le thérapeute :

- Toute situation doit être mise en relation avec le but que le sujet poursuit. Cette notion est complexe à évaluer et le but n'est parfois pas connu de la personne elle-même.
- Le but anticipe l'action, il la pré-détermine. Il est conscient ou non.
- Dans un milieu donné, le but étant fixé, le sujet doit posséder les moyens adéquats de parvenir à son objectif.

D'un point de vue biologique, les individus cherchent à faire coïncider les objectifs avec les impératifs du milieu. Tout individu évolue au cours de son ontogenèse : il découvre la marche, apprend à parler, interagir de façon pertinente avec son environnement. Les réponses du sujet à son environnement dépendent de deux sources qui sont en interaction : l'hérédité et l'acquisition individuelle. La psychomotricité s'intéresse notamment au progrès individuel, amélioration pratique d'un acte ou d'un comportement, et aux modèles d'imitations à travers lesquels le thérapeute peut montrer au patient comment réaliser, améliorer une habileté particulière.

Tout rapport à un individu ou à une situation devra être envisagé en fonction de trois critères fondamentaux : critère de finalité, critère de moyen, critère de carence.

En MPR, la carence est au cœur du sujet. Le patient a perdu ou modifié, momentanément ou définitivement, une partie de ses capacités motrices, fonctionnelles. L'activité psychique du sujet y est intimement liée. En tant qu'observateur du comportement d'autrui, le psychomotricien doit s'interroger sur le résultat final, concret que poursuit le sujet. Le but étant déterminé, il faut ensuite se demander si le sujet a les moyens de l'atteindre. Enfin, si la personne ne parvient pas à atteindre ses objectifs, il convient de se demander quelles en sont les causes, et par quels moyens elle pourrait y arriver, comment pallier ses difficultés. Les actions du psychomotricien doivent être en lien avec le projet thérapeutique défini avec les autres professionnels du service (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologue, médecin...)

Par le biais de l'examen psychomoteur, le psychomotricien va chercher des signes, des symptômes. Un symptôme est une caractéristique qui n'apparaît que dans des organisations morbides, qui fait souffrance et entrave l'évolution du projet thérapeutique ou de vie de la personne.

Une des caractéristiques des pathologies psychomotrices est de varier suivant l'âge, le sexe et le milieu, en fonction de la situation biologique et écologique dans laquelle le sujet se trouve. "Faire l'analyse du trouble psychomoteur, c'est se demander quelle place a le symptôme dans l'économie psychique du sujet".

Dans ce service de Médecine Physique et Réadaptation, les trois problématiques principales rencontrées sont : Le mouvement, (la volonté de retrouver une mobilité, une autonomie...), la souffrance psychique (face à la maladie, à l'accident, aux conséquences), et la douleur.

Au-delà de la fonctionnalité, le fait de pouvoir bouger, d'être en mouvement engage bien d'autres aspects que nous nous devons de prendre en compte en tant que psychomotriciens.

Appuyons-nous ici sur une brève lecture psychomotrice de la marche :

La marche... qu'est-ce que la marche ? Action mécanique consistant à mettre un pied devant l'autre dans le but de se déplacer, oui, mais c'est aussi bouger, aller de l'avant - dans tous les sens du terme -, se tenir debout, garder sa « dignité ». La marche est communément considérée comme étant le moyen de garder une autonomie, une vie sociale et relationnelle... se redresser c'est s'affirmer, « relever la tête ». Pour pouvoir marcher « droit » il faut retrouver un équilibre, un équilibre physique et psychologique ! La conscience du corps, de ses mouvements et sensations, la confiance en soi et le sentiment de solidité interne, de sécurité, sont autant de paramètres indispensables à cet équilibre.

Le psychomotricien ne va ainsi pas regarder la marche du patient, mais bien le patient qui marche ! Ici apparaît l'un des enjeux du psychomotricien qui est de compléter - par les dimensions psycho-affectives, relationnelles et symboliques - l'approche fonctionnelle proposée par les autres praticiens. Il y aurait là toute une réflexion à développer sur l'évolution de la fonctionnalité à l'incarnation du mouvement.

D'avoir à être un corps il y a du chemin. Habiter son corps n'est pas chose aisée surtout quand il est douloureux, qu'il a été abîmé, mutilé, amputé, brûlé, qu'il a changé... au point parfois même de ne plus se reconnaître. Douleur physique et souffrance psychologique sont intimement liées, et la prise en compte de leurs influences réciproques est indispensable. Le vécu d'une situation et de ses conséquences est dépendant de variables intra et interpersonnelles, impliquant le sujet lui-même, son histoire, ses croyances, sa relation à autrui et son environnement.

Force est de constater que toute l'énergie déployée par les équipes pour soigner une pathologie, combinée à la focalisation du patient sur celle-ci, mène à en faire une véritable identité à part

entière. Le patient, alors non seulement réduit à sa pathologie, devient “*patient parmi les patients*” me confie l’un d’eux.

L’approche psychomotrice, par sa dimension globale, propose une modalité de transition identitaire du symptôme à la personne.

La question de la douleur est également au centre de nos prises en charges.

La douleur est définie par l’association internationale de la douleur comme une “sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes”. Il n’est pas rare que la douleur mène le patient à se couper de lui-même, de son corps qui n’est que douleur. Nous verrons dans la partie “Thématiques psychomotrices abordées”, comment la douleur est appréhendée en psychomotricité.

La psychomotricité va chercher à aider le patient à retrouver sa Corporéité, un accord entre ses sensations, ses perceptions et ses actions. La corporéité comprend le schéma corporel, la notion d’image du corps et l’investissement psycho-affectif du corps. Françoise Giromini précise que “la corporéité est le nom générique que l’on donne à l’ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel.”

(Communication pour le colloque “*les médiations thérapeutiques en psychomotricité*”, centre hospitalier Théophile-Roussel, Montesson, 2 Décembre 2011).

Le corps n’est pas une chose, *il est soi*, dit Chirpaz, et se révèle à nous non comme outil, mais comme *immédiat de l’exister*. (F. Chirpaz, *Le corps*, Paris, PUF, 1963, 5eme éd. 1977)

Il ne s’agit pas de mettre en lumière les dysfonctionnements mais plutôt comment vivre avec, les gérer, aider à intégrer le corps tel qu’il est « aujourd’hui » et montrer ses capacités dans une unité psychocorporelle. Corps et esprit sont une même entité indissoluble, la psychomotricité envisage le corps comme moyen actuel, observé dans son interaction au travers des buts poursuivis et de l’adaptation du sujet à sa réalisation. La psychomotricité accompagne le sujet pour retrouver des notions de « corps plaisir » si possible, tout du moins de « corps capable », de « corps vivant ».

II – 3 – Indications

(Sur la base des enseignements en soins palliatifs de V. Cocaign)

Les indications en psychomotricité peuvent être nombreuses et il est important de pouvoir les identifier pour prioriser la prise en charge en fonction du projet thérapeutique.

Plus largement, le psychomotricien participe à **l'évaluation et à la prise en charge des résonances psychomotrices et symptômes persistants**, ainsi qu'à la **prévention** de possibles troubles. L'approche prophylactique des troubles posturaux, des douleurs chroniques et de dépression est très intéressante à considérer en milieu hospitalier. Le milieu hospitalier est un milieu potentiellement anxiogène. La personne n'est pas chez elle, est entourée de patients qui par définition "ne vont pas bien", auxquelles elle peut s'identifier, et de "blouses blanches" parfois "*intimidantes*". Au contraire le cadre de l'hôpital peut parfois être très porteur ; partager avec d'autres blessés et être entourés par les équipes. La présence des équipes pluridisciplinaires est un atout majeur dans la prise en charge globale du patient. Les modalités de prévention de la dépression et des douleurs chroniques concernent également les troubles de la régulation tonique / troubles tonico-émotionnels souvent liés aux troubles du sommeil, de l'appétit... Les douleurs sont augmentées par une tonicité excessive due aux stress, angoisses, appréhensions du mouvement.

Les **troubles tonico-émotionnels**, correspondant à une atteinte de l'équilibre entre émotion et réponse musculaire, sont également une indication en psychomotricité. Notamment, nous avons beaucoup d'indications dans des cas d'**anxiété somatisée**. L'anxiété initialement due à la maladie, ou à l'accident, s'étend à tous les domaines de la vie et devient un état chronique, quasi permanent ayant des répercussions physiques telles que des tensions musculaires, des troubles du sommeil ou de l'appétit...

Les prescriptions pour des **troubles du schéma corporel** sont quotidiennes en service de Médecine Physique et Réadaptation. Il peut s'agir d'une atteinte des somatognosies, de la perte des repères corporels, repères topographiques des différentes parties du corps et du corps dans l'espace. Le patient peut, par exemple, présenter des difficultés à s'organiser dans sa gestualité, à comprendre « comment son corps fonctionne », ajuster ses mouvements à l'environnement dans une action. Nous avons des indications particulièrement axées sur les **déficits sensoriels**

et/ou **proprioceptifs**, les **troubles de l'équilibre** ou encore des **difficultés de coordinations dissociations**.

L'atteinte de l'image du corps est une indication, en ce sens que l'approche psychomotrice répond aux problématiques d'atteinte de l'estime de soi, de remise en cause identitaire, très présentes chez les blessés graves et les personnes atteintes de maladies dégénératives.

L'unité somato-psychique peut être fragilisée et le patient peut également faire face à des angoisses archaïques importantes (morcellement, liquéfaction). La psychomotricité s'occupe également des troubles de l'investissement corporel, qui peuvent se manifester par un surinvestissement ou un sous-investissement d'une partie ou de la totalité du corps.

Le psychomotricien peut également intervenir auprès du patient souffrant de **troubles de la communication** qu'elle soit de type repli sur soi ou atteinte neurologique. Le langage corporel, le regard, l'imitation peuvent alors être davantage sollicités.

Le psychomotricien intervient auprès de patients qui présentent un **ralentissement psychomoteur**, dans un tableau de diminution de la motricité spontanée, de troubles de l'attention, un ralentissement global des fonctions motrices et cognitives...

Des **difficultés spatio-temporelles** peuvent faire suite à un alitement prolongé, un traumatisme crânien, un coma, un choc psychique majeur... Elles peuvent se manifester par une difficulté de prise de repère dans l'espace et/ou dans le temps, une désorientation plus ou moins anxiogène et des difficultés d'adaptation à l'environnement, voire relationnelles.

Lors de **soins difficiles**, le psychomotricien participe à l'évaluation de la souffrance globale du patient (angoisse, sentiment d'intrusion, agitation, vécu de morcellement...) et cherche des adaptations pour rendre ce temps plus confortable pour le patient comme pour le ou les soignants.

Le **soutien patient-soignant** est d'importance majeure. L'évaluation psychomotrice peut permettre de comprendre certaines attitudes dans les soins du corps et plus globalement dans la relation à l'équipe soignante.

La psychomotricité peut également s'inscrire dans le cadre d'un suivi.

En MPR, elle peut intervenir lors de la mise en place d'une nouvelle prothèse ou d'un réajustement de la prothèse existante, en prévention de l'installation de potentiels troubles toniques et posturaux, et en accompagnant le remaniement du schéma corporel.

L'évolution de scléroses en plaque, peut nécessiter des hospitalisations de jour ou complètes pour effectuer un bilan d'autonomie - Mesure d'Indépendance Fonctionnelle-, évaluer les besoins de réaménagements matériels (évaluation en ergothérapie), réajustement des traitements, accompagnement et soutien psychomoteur du sujet.

La prévention psychomotrice en milieu hospitalier permet d'éviter l'apparition, la chronicisation ou l'aggravation de certains troubles. La psychomotricité se situe donc au niveau de la prévention primaire et secondaire, tout autant qu'au niveau de la prise en charge de troubles constitués.

B - APPROCHES CLINIQUES

I – Présentation de la démarche

Dans ce service de MPR les pathologies les plus couramment rencontrées sont les amputations, les brûlures, les polytraumatismes (fractures, ruptures ligamentaires), les douleurs chroniques dont les lombalgies et cervicalgies ou encore les maladies neurodégénératives comme la sclérose en plaques dont il existe plusieurs formes. Ces pathologies sont notamment causées par des accidents lors des missions ou des entraînements militaires, lors d'accidents de la voie publique, d'accidents domestiques ou d'attentats.

Le sujet de mon mémoire étant les enjeux de la psychomotricité auprès des patients suivis en Médecine Physique et Réadaptation, j'ai fait le choix de parler de la clinique en partant de cinq patients d'âge, de sexe, de statut (civil ou militaire) et pathologies différentes, représentant globalement, bien que chaque patient soit unique, les types d'atteintes psychomotrices que l'on peut retrouver dans un service comme celui-ci.

Par ailleurs, les patients dont nous allons parler ont été hospitalisés pour une durée de trois semaines à un mois, et ont été suivis à raison de deux à trois séances de psychomotricité par semaines. Je ne les voyais donc que le Mercredi et il ne me semblait pas pertinent de développer l'ensemble d'une prise en charge à laquelle je n'ai participé que partiellement. Ainsi, pour chaque patient je parlerai de la rencontre, de l'évaluation psychomotrice et d'une séance à travers lesquelles nous chercherons à comprendre l'approche psychomotrice dans le "Corps/Accords" de la personne hospitalisée.

Il est important de prendre en compte que le suivi se fait sur des temps courts et avec de nombreux intervenants. La rencontre est un temps très important pour poser les fondements de l'alliance thérapeutique. Une relation de confiance est nécessaire au bon investissement du patient dans son projet de soin.

Pourquoi et comment faire une évaluation psychomotrice en MPR ?

On cherche à évaluer la psychomotricité du sujet et ses besoins. Pour cela, la séance d'évaluation se déroule sur une heure, en deux temps : un temps de discussion et questions, et un temps d'examen à proprement parlé où l'on fait passer quelques épreuves au patient.

Lors de l'évaluation psychomotrice, le sujet doit être placé au cœur du soin. On cherche à savoir où il en est dans son parcours médical, dans son vécu corporel, quelles sont ses difficultés... Est-il d'ailleurs capable de les identifier ? Quels sont ses besoins, ses désirs... ?

Plusieurs questions sont posées en vue de préciser les besoins du patient ainsi que ses attentes s'il les exprime.

Les dialogues verbal, para et infra-verbal donnent de nombreuses informations complémentaires. Il est intéressant d'avoir une approche différente des informations transmises par la lettre de liaison médicale, plus factuelle, qui retrace l'histoire médicale du patient, de son accident ou du diagnostic de la maladie, au temps T où il est accueilli. Nous y trouvons le nom, prénom, âge, sexe, professions et situation familiale du patient, ainsi que la raison de son hospitalisation. Apparaissent notamment les dates et détails des opérations chirurgicales, éventuelles complications, suivis médicamenteux, états orthopédique, neurologique et cutané... Lors de la rencontre et de l'évaluation psychomotrice, le patient s'exprime avec ses propres mots et à travers ce que nous pourrions appeler le langage du corps. La façon dont le patient s'exprime et les manifestations corporelles, émotionnelles, donnent de nombreuses indications pour les séances qui seront mises en place par la suite. Les questions posées et les exercices proposés lors de l'évaluation sont une première indication pour le patient de ce qu'est la psychomotricité.

Généralement, il est demandé au patient d'expliquer, avec ses propres mots, son parcours médical, et pourquoi il est ici. On peut notamment d'ores et déjà observer la posture, l'attitude et le débit verbal du patient, la façon dont il s'exprime, ce que cela provoque chez lui, et il n'est pas rare d'avoir des informations supplémentaires par rapport au dossier. Quel est son rapport aux soins ? A son corps ? Que dit-il de sa maladie et de ses projets ? Que sait-il ?

On cherche ensuite à savoir :

- Si le patient a des douleurs (localisation, intensité, moment de la journée)
- Les facteurs déclenchant les douleurs
- Les positions ou méthodes antalgiques

- Les répercussions de ses douleurs, ou de son état de santé général, sur sa vie quotidienne
 - sommeil
 - appétit
 - habillage, activités domestiques
 - loisirs
- Quelle est sa capacité de régulation tonico-émotionnelle habituelle ou d'avant la maladie ou l'accident (“vous décrivez-vous comme quelqu'un de calme ? tendu ? stressé ? Très actif ou non ?...)
- Quelles sont les répercussions de son état de santé sur son humeur et sa vie sociale et familiale ?
- S'il a des attentes particulières concernant l'hospitalisation et quelles sont-elles ?

Les questions et leur formulation sont évidemment adaptées en fonction du patient que nous rencontrons, et des informations qui ont pu nous être transmises avant l'entretien, comme sa capacité ou non à parler de ce qu'il a vécu par exemple. On ne cherche pas à mettre le patient dans une situation trop compliquée pour lui, il doit pouvoir se sentir en confiance et il n'a aucune obligation de répondre aux questions. L'évaluation psychomotrice prend en compte la souffrance globale du patient qu'elle soit physique, psychologique, sociale et/ou spirituelle.

En d'autres termes, “il faut comprendre par la lecture psychomotrice, une manière de repérer certains éléments relatifs au corps et de les rendre signifiants”.

(Goumas J., Le Roux F., Pham Quang L., *Apports des thérapies psychomotrices dans la prise en charge du sujet âgé douloureux*. Infokara n°61, 1/2001, 15-26)

“Par l'observation de l'expressivité posturale, faciale, par la reconnaissance des émotions, ainsi que par l'analyse de la régulation tonique, le psychomotricien tente de comprendre la corporéité du sujet et les adaptations trouvées par ce dernier.” V. Cocaign

Le second temps correspond à l'évaluation des grands items psychomoteurs à savoir, le tonus, le schéma corporel, l'image du corps, l'équilibre statique et dynamique ainsi que les coordinations et la capacité de repérage spatio-temporel. Les items sont choisis et adaptés en fonction de la personne, de sa pathologie et des consignes du médecin s'il y en a.

L'examen du tonus et d'extensibilité permet d'évaluer les capacités de modulation tonique selon les symptômes, les mobilisations et l'état psycho-affectif du patient. On peut ainsi repérer d'éventuelles paratonies, réactions de prestance, apprécier la tendance hypo ou hypertonique du patient...

En ce qui concerne le schéma corporel, on évalue les repères corporels (connaissance et conscience des parties du corps et de leur position) qui peuvent être mis à mal par la maladie, les blessures, traitements... On observe la mise en mouvement du corps, l'investissement de l'espace corporel et l'adaptation à l'environnement.

L'image du corps est évaluée lors de l'entretien et à travers le dessin du bonhomme ré-adapté dans le service en "dessin de la personne". Il s'agit d'évaluer les résonances de la pathologie sur l'identité psychomotrice du sujet : atteinte de l'estime de soi, dissociation somato-psychique, désinvestissement ou sur-investissement d'une partie ou de la totalité du corps, angoisses de morcellement...

L'équilibre est apprécié en observant l'ancrage du patient et sa confiance en sa verticalité, sa capacité à se rééquilibrer, le déclenchement des réflexes par-chute (avancée ou recul d'un pied, réflexes de cheville/ hanche, contractions abdominales, réaction parachute des bras...)

L'équilibre et les coordinations sont observables dans la motricité spontanée du sujet.

Enfin les notions d'espace et de temps sont évaluées à travers la capacité de prise de repères dans l'espace, du rythme du patient et de ses capacités d'adaptation au rythme environnant. Des difficultés spatio-temporelles peuvent être observées dans des cas de ralentissement psychomoteur, d'agitation motrice, dans des cas de traumatismes crâniens ou encore suite à un coma ou un alitement prolongé par exemple. Le rapport à l'espace peut également être affecté par une modification des fonctions instrumentales due à un changement physique important du type amputation ou brûlure.

Par ailleurs, les notions de projet de soins et de projet de vie sont intimement liées. La communication avec les autres professionnels de santé du service est primordiale pour que les différentes approches s'articulent au mieux, et puissent répondre à un projet de soins cohérent. Un compte rendu est donc systématiquement transmis sur la plateforme informatique consultable par les professionnels de santé qui suivent le patient.

II - Cas cliniques

II – 1 - Psychomotricité et vécu d'une amputation au membre inférieur

Mr T est un patient civil de 52 ans, en couple et père de 2 enfants. Victime il y a deux ans d'un syndrome coronarien aigu compliqué d'un choc cardiogénique et d'une ischémie du membre inférieur gauche, il subit une amputation trans-fémorale gauche qui nécessitera trois reprises chirurgicales du moignon pour cause d'infection et d'hémorragie. Depuis l'amputation, un premier appareillage a été réalisé mais celui-ci s'est rapidement désadapté suite à une prise de poids secondaire à un deuxième syndrome coronarien aigu un an après le premier. Un second appareillage est alors réalisé mais s'avère peu concluant pour le patient qui n'a jamais pu faire plus que quelques pas avec pour cause de douleurs et d'insécurité mécanique, et se déplace alors principalement en fauteuil roulant manuel. Il est hospitalisé pendant deux mois dans un autre MPR pour réentraînement cardio-vasculaire à l'effort. Puis, devant les difficultés d'appareillage, le patient est adressé à la consultation pluridisciplinaire de l'HIA, concluant à la nécessité d'une nouvelle emboîture test et à une hospitalisation complète en Médecine Physique et Réadaptation pour une prise en charge médico-rééducative suite à la modification de l'appareillage.

II – 1 – a . Entretien et évaluation psychomotrice

Mr T arrive en fauteuil roulant manuel et se place face à nous dans la salle de psychomotricité. D'abord semblant observateur et s'interroger sur ce qu'on va lui demander, il semble prendre confiance et parle de son parcours de soins avec précision, sans difficulté apparente à en évoquer les différents événements. Il exprime l'espoir d'entrevoir enfin la réussite d'un appareillage. Il est reconnaissant d'être en vie et souhaite « simplement marcher ». On note que Mr T est un ancien sportif qui faisait 6 à 7 h de tennis par semaine. Il sort d'un centre de rééducation pour sa pathologie cardiaque et se sent aujourd'hui en forme pour s'investir dans cette nouvelle rééducation.

Il signale de très rares douleurs fantômes à type de crampes au mollet ou de décharges électriques. Les sensations fantômes sont présentes quotidiennement mais de manière intermittente. Elles apparaissent actuellement uniquement lors des moments de repos et ne sont

pas gênantes. Le pied est parfois comme « télescopé » au niveau du genou mais se replace correctement lors du port de la prothèse. Mr T exprime être capable de contrôler l'apparition des sensations et les différents mouvements, il « *joue avec* ».

L'examen du tonus montre un tonus de fond à versant hypertonique, majoré à droite, avec une difficulté de relâchement volontaire. L'hypertonie est majorée en position debout, accentuée s'il n'y a pas d'appui (extérieur). Il dit être quelqu'un de tendu et n'utilise pas de technique particulière pour gérer ses tensions.

Au niveau postural, la posture spontanée debout est marquée par une hypertonie globale avec épaules en tension et antépulsion du buste, son bassin en antéversion et une hyperlordose lombaire. La correction posturale est difficile et la conscience corporelle semble approximative. Les appuis sont asymétriques, l'appui gauche est esquivé. Mr T en a conscience et verbalise un manque de confiance en sa prothèse et avoue avoir peur de se déplacer ou de s'appuyer dessus.

Les objectifs thérapeutiques en psychomotricité seraient, pour ce Monsieur, un travail postural, de l'axe et des appuis, un travail de régulation tonique global et un apprentissage d'auto exercices de relaxation.

II – 1 – b . Exemple de séance

Il me semble intéressant de décrire une séance axée sur le travail postural global avec une redécouverte des appuis chez ce patient, dont la principale demande est de pouvoir retrouver une verticalité, puis la marche. Mr T étant de “grand gabarit” (1m96 pour 106 Kg), la crainte de tomber et de ne pouvoir être rattrapé par le soignant, ou toute autre personne aidante, est particulièrement importante. Prenant ce facteur anxiogène en compte, les propositions debout se font avec un plan de Bobath derrière le patient pour que celui-ci puisse faire des pauses régulières, s'asseoir si besoin, se sentir en sécurité s'il perd l'équilibre. La progression de la séance est pensée pour ne pas mettre le patient en difficulté, mais bien lui permettre de trouver et retrouver les sensations nécessaires qui l'aideront à se positionner de manière plus harmonieuse et s'équilibrer au mieux. Il est important de prendre en compte les douleurs de compensations apparues depuis l'amputation et les différents essais de prothèses infructueux.

Pour la première proposition, le patient est assis sur le plan de Bobath, les deux pieds (organique et prothétique) à plat au sol, et doit effectuer des mouvements d'anté et rétroversion du bassin yeux ouverts et yeux fermés pour mobiliser les lombaires et les articulations coxo-fémorales dans le but de débloquer et conscientiser le mouvement du bassin et aider à trouver sa "position neutre" dans le plan sagittal. (Annexe 1-a)

Les premiers essais spontanés montrent que le patient "verrouille ses lombaires" et engage immédiatement des mouvements du buste. Pour qu'il puisse davantage visualiser le mouvement, une démonstration est alors nécessaire et nous lui proposons de mettre ses mains au niveau de son bassin pour en sentir les mouvements. Parallèlement, nous guidons le patient dans sa respiration pour accompagner le mouvement et le rendre plus fluide : Inspiration lors de l'antéversion et expiration lors de la rétroversion. Le travail les yeux fermés provoque un relâchement tonique ainsi qu'une meilleure conscience du mouvement et de l'axe du buste.

La seconde proposition consiste à trouver une station debout fixe la plus stable possible en trouvant son axe. Spontanément, Mr T porte essentiellement son poids sur sa jambe droite, le bassin en antéversion avec une lordose lombaire, les épaules et le buste projetés en avant. Les tensions postérieures prédominent, le sujet se projette en avant et semble s'arquer. D'après les schémas de correspondance entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires proposés par G. Struyf, ce patient présenterait une affinité antérieure avec sollicitation préférentielle de la chaîne musculaire postéro-médiane. (Annexe 2-a)

Il ne semble pas se rendre compte de sa posture mais dit ne pas se sentir à l'aise. Grâce à un étayage verbal, Mr T arrive petit à petit à mieux répartir son poids sur les deux jambes et réajuster le positionnement de son bassin et de son dos. Après plusieurs répétitions, Mr T retrouve spontanément une posture plus harmonieuse dans laquelle il trouve davantage de confort et de sécurité.

Des pauses entre chaque proposition sont nécessaires compte tenu de l'effort important que cela lui demande et des douleurs de compensations notamment au niveau du dos et des tendons postérieurs du genou droit. Il nous confie, lors d'un de ces temps de pause, qu'on ne lui avait "*jamais vraiment fait prendre conscience de sa posture ni de ses tensions*" et que c'était "*une révélation pour lui*".

Une dernière proposition consiste, en restant debout sur place (pas de déplacement des pieds), à venir toucher des cibles à droite, à gauche et en face de lui plus ou moins "loin". Cet exercice

amène le patient à changer de main pour atteindre sa cible, à transférer le poids du corps pour s'équilibrer. Entre chaque cible, il revient en position "neutre" les bras le long du corps pour retrouver son axe. Cette proposition engage l'ensemble du corps et l'attention étant portée sur la cible, des stratégies d'équilibration adaptées se mettent en place petit à petit de plus en plus "facilement". Le contraste entre le début et la fin de séance est important : tout en étant conscient du chemin qui lui reste à faire, le patient est plus souriant, soulagé de constater son évidente progression.

II – 2 - Psychomotricité et vécu d'une amputation au membre supérieur

Madame T est une patiente civile de 59 ans assistante sociale cadre dans le milieu associatif, mariée, 3 enfants et grand-mère de 2 petits-enfants. En Août 2018, elle perd le contrôle de son véhicule, entraînant un choc dans un poteau téléphonique, puis une chute dans un fossé avec choc latéral gauche contre un arbre. Son membre supérieur gauche ayant été arraché dans l'accident, Mme T subira une amputation au niveau du $\frac{1}{3}$ proximal de l'humérus.

Mme T est hospitalisée au service de médecine physique et réadaptation en Janvier 2019, à 5 mois de l'accident, pour une prise en charge médico-rééducative visant à réaliser à la fois un bilan fonctionnel, un suivi de l'essai de la première prothèse (esthétique) et une gestion antalgique.

En parallèle des suivis en kinésithérapie, en Ergothérapie et d'une prise en charge psychologique, le médecin référent prescrit pour cette patiente "un bilan psychomoteur avec étude et travail du schéma corporel et moteur".

II – 2 – a . Entretien et évaluation psychomotrice

Lors du premier entretien Madame T semble d'abord sereine, calme et souriante. Au fur et à mesure qu'elle explique sa situation sa respiration me semble plus thoracique et sa gorge semble se nouer. C'est au moment de parler des démarches administratives qui concernent l'accident que Madame T se met à pleurer en nous confiant que "*c'est difficile*", que les démarches sont complexes et que ça "*la replonge dans l'accident*". Il semble que ces démarches longues, lui rappellent cet événement traumatique et la confrontent à sa nouvelle situation, son handicap, à ce qu'elle a perdu, en l'occurrence son bras. Elle s'excuse et se

reprend assez vite. Nous lui expliquons que sa réaction est normale et que l'accident est encore récent. Notre premier rôle de psychomotricien est là d'écouter la patiente, de comprendre ce qui l'affecte et de l'aider à mettre des mots sur ses émotions, d'accueillir l'expression de ce qui fait souffrance.

Madame T a constamment la sensation que son membre fantôme est en hypertonie et décrit des douleurs neuropathiques lui donnant l'impression d'avoir le bras "*serré dans un étau*" et parfois des "*décharges électriques*" spontanées de l'arrière du bras jusqu'à la main. Ces douleurs ont un impact sur la qualité du sommeil de Mme T, mais l'augmentation d'un psychotrope à visée antalgique spécifique des douleurs neuropathiques a permis de l'améliorer.

Au niveau tonique et postural, nous observons une bonne capacité de relâchement lors des mobilisations passives contrastant avec une tendance hypertonique constante au niveau de la région scapulaire gauche certainement en lien avec l'hypertonie du membre fantôme.

Elle se décrit comme quelqu'un d'habituellement plutôt calme mais active, « *pas spécialement tendue* ». Elle se sent cependant plus en tensions depuis l'accident, phénomène qu'elle associe au vécu psychologique.

L'observation de la marche révèle également une certaine rigidité du buste, probablement liée à l'absence de ballant du côté du membre amputé, y compris lorsque la prothèse esthétique est portée. La patiente fait état de tensions en fin de journée, au niveau des trapèzes et des cervicales, attribuées notamment à la différence de poids exercé par les membres supérieurs ainsi qu'au temps d'adaptation nécessaire au port de la prothèse. Il semblerait également que la tonicité soit affectée par le contexte émotionnel et par les douleurs provoquées par l'hypertonie permanente du membre fantôme. Notons que, et nous le détaillerons plus tard, si les douleurs peuvent être provoquées par l'hypertonie, cette dernière peut également être due aux douleurs, et que l'émotion leur est intimement liée.

Au niveau du schéma corporel et de l'image du corps, le membre fantôme est raccourci avec un bras et une main, maintenus en flexion par une tension importante. Les sensations fantômes sont majorées par l'attention, la mobilisation, le mouvement du membre résiduel. Cependant ces sensations disparaissent lors des activités investies avec plaisir comme le jardinage et la cuisine. Mme T exprime un trouble du schéma corporel dans la représentation de la largeur du corps du côté gauche, elle se cogne souvent l'épaule, a du mal à évaluer les distances avec les objets. Elle porte une prothèse esthétique depuis environ 10 jours qu'elle dit intégrer

progressivement à son corps et qu'elle devient moins étrangère, « *un poids mort ajouté au bout du moignon* ». L'amputation n'est pas illustrée dans le premier autoportrait, la prothèse fait partie du reste du corps mais sa non fonctionnalité est cependant représentée (pas de doigts...) (Annexe 3)

Par ailleurs, la patiente pratiquait le Chi Kong depuis 4 ans (bonne conscience et représentation corporelle globale).

Elle explique qu'elle "*a du mal à intégrer la prothèse comme aide fonctionnelle*" et qu'elle "*a l'impression pour le moment qu'on lui a ajouté un truc qui pend, mais qui ne fait pas parti d'elle*". Elle confie par ailleurs se cogner régulièrement du côté gauche. Cependant, Mme T a débuté le port de cette prothèse esthétique depuis 10 jours avec une excellente tolérance sans douleur ni gêne particulière au niveau du moignon. Mme T est totalement autonome dans les activités de la vie quotidiennes et souhaite au plus vite reprendre la conduite pour être plus libre de ses déplacements. Aucun trouble de l'équilibre statique ou dynamique n'est constaté.

Concernant les loisirs, Mme T aime le jardinage, le bricolage, le crochet et le Chi-Kong qu'elle pratique depuis plusieurs années. Elle compte d'ailleurs d'ores et déjà se réinscrire à son club de quartier à sa sortie de l'hôpital.

Le projet thérapeutique initial pour Mme T porte sur :

- La répartition et régulation tonique conjointes à une détente de la globalité du corps comprenant le membre fantôme (par des exercices de conscience corporelle avec respiration et visualisation des différents segments corporels et de leur détente progressive)
- Le schéma corporel ; en l'aidant à réintégrer les dimensions de son corps, la largeur de ses épaules (Pour ne pas se cogner en passant une porte ou en croisant des personnes par exemple)

II – 2 – b . Exemple de séance

Mme T arrive souriante. Elle s'assoie sur le fauteuil de la salle en face de nous et explique qu'elle se sent de mieux en mieux avec sa prothèse esthétique, qu'elle arrive à s'en servir pour stabiliser un objet. Elle confie toujours avoir des difficultés à évaluer la largeur de ses épaules et s'être cognée à un montant de porte la veille au soir. Nous lui proposons une séance en deux

temps. Une partie axée sur le schéma corporel en mouvement et une partie conscience corporelle statique allongée.

Le travail conjoint avec l'ergothérapeute et la kinésithérapeute a été très intéressant car elles travaillaient plus spécifiquement sur la fonctionnalité du membre (adaptation de la prothèse esthétique, utilisation de la prothèse dans les activités de la vie quotidienne et thérapie miroir) et nous davantage sur la sensation, la conscience corporelle –relâchement des tensions, exercices de visualisations -, la détente du membre fantôme et l'équilibre corporel global.

En fin des 3 semaines, les exercices de conscience corporelle et de relaxation, conjoints à la thérapie miroir, ont été bénéfiques pour Mme T, qui confie que les douleurs fantômes sont bien plus apaisées suite à ces séances, apaisement associé à une « *sensation de flottement agréable* » qui lui permet de se ressourcer lorsque la douleur est, ou a été présente. Elle est aujourd'hui capable de reprendre une partie des exercices à domicile et a trouvé des outils qui lui correspondent. On remarque sur l'autoportrait post-hospitalisation que la limite du moignon est représentée et qu'un sourire sur le visage apparaît. Ceci est-il le signe d'un mieux-être ? D'une meilleure intégration et acceptation de l'amputation ? On remarque également que l'angle du coude apparaît, ainsi que deux doigts. Ceux-ci représenteraient-ils l'émergence symbolique de la fonctionnalité du membre ? D'une certaine manière, reprendrait-il vie ? (Annexe 4)

II – 3 - Psychomotricité et patient douloureux chronique

II – 3 – a . Rencontre avec le patient et évaluation psychomotrice

Mr F, Militaire de 38 ans, célibataire, père de deux enfants. Il souffre de douleurs chroniques suite notamment à une chute de 11m et à un état de stress post traumatique au retour de mission en Afghanistan.

Il avait également auparavant notamment effectué une mission au Mali, précision qu'il fait de lui-même, comme pour montrer ce qu'il a traversé, que cette mission l'aurait également particulièrement marqué.

Ce patient a été orienté en psychomotricité pour diminuer et prévenir les douleurs chroniques de type cervicalgie et lombalgie, retrouver une confiance en lui et en son corps, retrouver un

corps moins douloureux et un équilibre tonico-émotionnel plus « confortable » avec des outils pour l'après hospitalisation.

Mr F se montre ouvert à l'échange et exprime ses difficultés fonctionnelles sans réticence apparente, avec un discours cependant peu expressif, un visage las et fatigué. Il se décrit comme une personne normalement joyeuse avec beaucoup d'humour mais il ressent que les douleurs ont considérablement modifié son comportement et qu'il est maintenant plus irritable et tendu. Mr F est en demande de soulager sa douleur de manière durable, il est épuisé des échecs des thérapeutiques précédentes ou, selon ses mots, des « *thérapeutiques pansements* ».

Au niveau algique, Mr F décrit avec précision ses douleurs au niveau cervical gauche, irradiant dans l'épaule et parfois dans l'œil gauche. Il évoque également des douleurs lombaires à droite. Ces douleurs fluctuent de 0 à 8/10. Elles sont soulagées par la posture debout en mouvement de type marche ou balancement du bassin, et par la chaleur. Il décrit également une position antalgique allongée en fœtus ou sur le ventre mais signale qu'elle varie en fonction des jours. Les douleurs sont amplifiées par la position assise, l'immobilité, l'effort et la météo (vent froid sur la nuque, humidité). Les douleurs sont de type « *décharges et pics* » au niveau cervical et « *une barre* » au niveau lombaire. Ces douleurs sont vécues selon ses mots comme « *un véritable enfer* ».

Par ailleurs, Mr F évoque des troubles du sommeil en lien avec la difficulté de trouver une position antalgique. Il met beaucoup de temps à s'endormir mais ne se réveille pas la nuit. Il signale également des troubles de l'appétit de type hyperphagie.

En ce qui concerne la motricité globale spontanée, les gestes sont pauvres, très contrôlés, raides avec un investissement de l'espace limité, en particulier du côté gauche. Mr F présente une kinésiophobie dont il a conscience.

Le tonus postural est hypertonique, le tronc est raide avec une tendance à l'enroulement des épaules. L'assise est contrôlée. Mr F se déplace régulièrement et manifeste un inconfort et une tension permanente en situation statique, observable pendant l'entretien. Le tonus de fond est asymétrique au niveau des membres supérieurs. Mr F est droitier mais le bras gauche présente une hypertonie importante avec une incapacité de relâchement musculaire volontaire. Il

verbalise « *avoir peur* » de la mobilisation passive à gauche, dès lors qu'il ne contrôle pas son mouvement.

Au niveau du schéma corporel, Mr F a une bonne conscience de sa posture et de ses mouvements. Il confie « *exclure et fuir le côté gauche* », moins l'utiliser dans les mouvements du quotidien et moins investir l'espace gauche.

Les verbalisations témoignent en nombre d'une image du corps altérée, d'un « *corps cassé et tordu* », illustré dans l'autoportrait. Il évoque également une prise de poids de 6Kg, due aux médicaments et à la diminution de ses activités sportives, qui semble l'affecter. Les propos liés au corps sont forts, négatifs et dévalorisants, en lien avec les douleurs, l'incapacité fonctionnelle et la prise de poids. Est également exprimée une rupture entre personnalité et corps. (Annexe 5)

Mr F est arrivé, dit-il, « *fracassé* », « *en morceaux* » en disant, « *de toute façon je sais que je vais vous détester mais si je veux aller mieux j'ai pas le choix faut que je passe par là* ». Comme si la douleur était une fatalité, une épreuve par laquelle il fallait nécessairement passer. Mais sommes-nous forcément pourvoyeurs de souffrance ? Est-ce que cette réflexion ne serait pas une forme d'expression de ses craintes ? Que projette-t-il sur nous et l'ensemble de l'équipe à ce moment-là ?

« *De toute façon je fais avec, je vis avec et elle sera toujours là* ». Nous pourrions-là faire l'hypothèse d'un certain attachement à la douleur ; faisant partie de son histoire, n'est-elle pas, d'une certaine manière, également la trace de son vécu, la preuve de ce qu'il a traversé ? Les retentissements sur son humeur et sa vie sociale et familiale sont importants, et cela le fait encore davantage souffrir. Moins attentif et joyeux avec ses enfants, ces derniers se sont éloignés de leur papa et le plus grand lui aurait dit : « *Tu n'es plus pareil qu'avant* » ce qui a été particulièrement difficile.

Notre rôle est en premier lieu d'écouter le patient. Accueillir son histoire, sa souffrance s'il l'exprime.

Si les douleurs chroniques du patient semblent dues aux contraintes physiques subies à répétition lors des missions, elles s'inscrivent par ailleurs dans un contexte psycho-affectif et émotionnel majeur sur le plan professionnel d'une part (stress post-traumatique) et familial d'autre part (divorce et difficultés relationnelles). Mr F exprime, à plusieurs reprises, un

manque de soutien de la part de sa famille et de son environnement professionnel et confie se sentir seul.

Le caractère multifactoriel des douleurs m'amène alors à réfléchir sur une approche psychomotrice contenant, favorisant un apaisement physique et psychique, tout en accompagnant une reprise progressive du mouvement et de son contrôle, de la conscience de soi, dans un équilibre tonico-émotionnel plus harmonieux.

II -3 - b . Exemple de séance

Après l'entretien, j'ai proposé dans un premier temps une séance de conscience de l'unité corporelle avec prise de conscience de la respiration, des appuis, et un passage de ballon légèrement dégonflé (enveloppant) sur les différentes parties du corps, du haut du crâne à la plante des pieds. En fin de séance, le patient verbalise le fait d'avoir pu "*se relâcher*" et précise: "*ça m'a fait du bien ce temps calme, surtout quand il y avait le contact du ballon, c'était agréable et je cogitais moins, j'étais moins bloqué là-haut*". Le contact n'a donc visiblement pas gêné le patient, et l'aurait aidé à se décentrer de ses pensées parasites, de retrouver des sensations corporelles globales agréables. Suite à ce constat, et après deux autres séances du même type pour que le patient puisse intégrer ces nouvelles sensations, je lui propose une relaxation de type méthode Wintrebert. Cette méthode en quatre phases, du portage à l'autonomisation, invite le patient à revivre initialement une certaine régression, permettant de ré-introjecter un support. Nous détaillerons cette méthode dans la partie « médiations ».

Suite aux trois semaines d'hospitalisation, le patient a confié se sentir "*plus apaisé, moins tordu et moins douloureux*". On remarque par ailleurs que le patient n'évoque plus son poids ni sa perception de "*gros ventre*". L'autoportrait effectué le dernier jour avant sa sortie de l'hôpital témoigne de ce mieux-être : Mr F tient le feutre de manière plus détendue, les parties du corps sont attachées les unes avec les autres, et l'axe du corps, "plus droit", est dessiné dans une continuité fluide. Un sourire est dessiné et la couleur rouge (associée à une douleur forte) n'apparaît pas. (Annexe 6)

II – 4 - Psychomotricité et patient grand brûlé

II – 4 – a . Présentation du patient

Mr B est un patient civil de 32 ans, marié, 2 enfants à charge.

Le patient a été victime de brûlures thermiques suite à un retour de flammes survenu alors qu'il tentait d'éteindre son véhicule incendié. Par ailleurs, l'explosion simultanée des airbags serait possiblement responsable d'un blast correspondant, d'un point de vue médical, à un ensemble de lésions organiques provoquées par l'onde de choc d'une explosion (Dictionnaire Français Larousse), dans le cas présent explosion des airbags. Mr B est initialement pris en charge en réanimation à l'hôpital le plus proche puis est transféré au centre de traitement des brûlés de l'HIA.

Il est par la suite hospitalisé en MPR pour bilan et prise en charge médico-rééducative de séquelles des brûlures thermiques au 2^{ème} degré profond et 3^{ème} degré sur 30% de la surface corporelle totale, le bras droit étant particulièrement atteint, d'une possible paralysie radiale droite et d'un état de stress post-traumatique suite à cet accident il y a 5 mois.

II – 4 – b . Entretien et évaluation psychomotrice

Mr B arrive avec une posture assez fermée, une serviette cachant son bras droit de l'épaule à la main. Il semble d'abord gêné par son apparence et appréhender le regard posé sur lui. Après quelques minutes il s'exprime progressivement avec plus d'aisance. Il verbalise spontanément ses difficultés fonctionnelles puis introduit au fur et à mesure les difficultés d'ordre psychologique et les émotions liées à son parcours. Il dit avoir des troubles de la parole depuis l'accident avec une certaine lenteur, un besoin de faire des pauses dans les phrases qu'il associe à une grande fatigue. Ces difficultés sont moins visibles en fin d'entretien. Peut-être est-il plus à l'aise ? Davantage en confiance ?

Concernant les douleurs/plaintes, Mr B signale des douleurs au niveau du membre supérieur droit, localisées au coude et à la main, majorées par le mouvement. Il signale également des sensations régulières de vertige lorsqu'il est fatigué, des troubles de l'appétit très marqués associés à des nausées fréquentes et des troubles mnésiques. Il évoque également des troubles

majeurs du sommeil liés à des cauchemars angoissants chaque nuit, en lien avec l'accident. Il arrive à parler de ses cauchemars et des émotions qu'ils déclenchent. Il se sent épuisé par ses troubles du sommeil et l'effort important que lui demande chaque acte de la vie quotidienne. Il dit être volontaire pour un suivi psychologique mais refuse un traitement médicamenteux.

Schéma corporel et image du corps :

La représentation globale du corps est cohérente, il ne semble pas y avoir de troubles de la perception du corps dans l'espace ni dans le mouvement. Le membre supérieur droit est cependant sous-investi, maintenu contre le corps en permanence, aucun geste de communication non verbale n'est présent au niveau de ce membre. Mr B étant droitier, explique réaliser aujourd'hui tous les gestes de la vie quotidienne avec son bras gauche.

D'un point de vue de la motricité globale, Mr B exprime une lenteur d'action et un sentiment d'effort important pour chaque geste. Il se décrit comme quelqu'un d'ordinaire très actif et dynamique. Le coude droit est maintenu en flexion et l'extension active du poignet est impossible. Les mouvements des doigts sont lents et restreints. Globalement, les mouvements spontanés sont lents et l'investissement spatial est pauvre.

Concernant le tonus, la posture assise spontanée est peu tonique, avec une flexion antérieure du buste. D'après les schémas de correspondance entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires selon G. Struyf, Mr B présenterait une posture en densification (restriction frontale), sollicitant préférentiellement la chaîne musculaire antéro-latérale. (Annexe 2 -b)

Seul le bras droit montre un certain tonus (spasticité ?) avec une position en flexion maintenue contre le corps. L'examen du tonus de fond montre une bonne capacité de relâchement volontaire à gauche contrastant avec des paratonies du membre supérieur droit dont la mobilisation passive est freinée dès l'épaule : l'épaule droite est spontanément en tension avec une élévation nette dans les gestes mobilisant le bras droit notamment.

L'image du corps est fortement altérée, les verbalisations sont nombreuses. Mr B exprime un sentiment de dégoût vis à vis de l'aspect de son corps et du suintement des zones brûlées fortement marqué au niveau du bras droit, du torse et du crâne. Il porte un vêtement à manches longues qu'il réajuste régulièrement pour cacher le plus de peau possible, et sa main est enveloppée dans une serviette qu'il confie porter toute la journée. Il exprime qu'il "*ne reconnaît*

plus son bras ni son visage”. Il a considérablement restreint ses activités sociales et manifeste une grande difficulté à faire face au regard de l’autre. Le regard bienveillant de sa femme et de ses enfants est cependant d’un grand soutien.

Nos objectifs thérapeutiques, en psychomotricité, consisteraient à ce stade à mettre en place : un travail de régulation tonique du membre supérieur droit et de la ceinture scapulaire, intégré dans un travail de répartition et régulation tonique global, un travail du schéma corporel avec une réintégration du membre supérieur droit passant par un travail de motricité et conscience des mouvements, et à soutenir une reprise de confiance dans les capacités motrices globales accompagnant la revalorisation de l’image du corps. En effet Mr B nomme ce lien entre l’atteinte de sa motricité et son atteinte narcissique.

II – 4 – c . Exemple de séance

Je retrouve Mr B la semaine suivante pour sa quatrième séance de psychomotricité.

Un premier temps consiste à travailler le schéma corporel au niveau des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire ainsi que les coordinations bi-manuelles. Nous cherchons à réintégrer le bras droit dans le schéma corporel et à aider le patient à le réinvestir physiquement et psychiquement. Pour cela nous débutons par une activité à table qui consiste à :

- Visualiser et mémoriser la position d’objets de même taille et même forme mais de couleurs différentes disposés sur la table.
- Fermer les yeux et venir toucher alternativement avec la main G puis D l’objet de la couleur demandée.

Cet exercice mobilise notamment les capacités d’intégration de la position du membre et du mouvement dans l’espace, d’investissement alternatif des deux bras dans une même action.

- Puis, les yeux fermés venir attraper l’objet demandé le ramener à soi et le reposer à l’endroit où il était. Alternativement Main D/G
- Enfin, une autre proposition toujours les yeux fermés, est de venir toucher un objet avec les deux mains superposées, les deux bras devant alors bouger ensemble à la même vitesse pour se rejoindre et aller toucher l’objet centré devant le patient.

Lors de cet exercice, Mr B présente une posture très tonique, le buste penché en avant, comme pour éviter de trop décoller les bras du corps. Je remarque également qu’au moment de joindre ses mains, le mouvement du bras gauche est plus rapide que celui du bras droit, et que c’est

finalement la main gauche qui rejoint la main droite avant de se centrer et non des mouvements synchrones qui les mènent à se rejoindre en un point précis. Je demande alors au patient de porter son attention sur la vitesse du mouvement pour que ses mains arrivent en même temps au même endroit tout en respirant pour accompagner l'action motrice et diminuer les tensions de la ceinture scapulaire. Après quelques répétitions lentes et appliquées, la coordination et la fluidité des mouvements s'améliore nettement et Mr B confirmera que la respiration l'aide beaucoup.

Il s'agit, dans ces exercices à table, de travailler les coordinations et coopérations bi-manuelles non dans un but purement fonctionnel mais de réinvestissement du bras le plus lésé... Il est intéressant de faire les propositions les yeux fermés ; Nous utilisons la distraction car on ne travaille pas la capacité mémorielle en soi mais cela permet au patient de se dé-focaliser de son bras et du visuel qu'il lui renvoie, dans l'objectif d'améliorer l'amplitude et diminuer l'appréhension de la douleur. Il parle beaucoup des cicatrices de greffes sous son bras et mime le mouvement d'ouverture du bras comme une possible mise à mal de cette zone fragilisée et pose sa main gauche sur cette zone lorsqu'il en parle. Est-ce un réflexe de protection ? une réassurance ? Je me pose alors ici la question des enveloppes psychiques et physiques.

Dans un second temps, Mr B explique qu'il n'a pas pu jouer à la marelle avec ses enfants car il ne parvient pas à sauter et n'en explique pas la cause. Selon le médecin et le kiné référents, aucune raison physiologique n'a été relevée pour expliquer cette difficulté ; autrement dit nous constatons une discordance entre le niveau fonctionnel et cicatriciel, et les manifestations psychocorporelles observées. Nous proposons alors un parcours moteur dont nous ajustons les variables en fonction du patient. Lors du premier passage, Mr B présente en effet d'emblée un recrutement tonique important avec une élévation des épaules, les bras serrés en flexion contre le corps. On observe également un tonus pneumatique avec une respiration thoracique bloquée et une mâchoire crispée. Est-ce l'appréhension, la concentration ou cherche-t-il à se maintenir ? Ce blocage de la respiration et ce recrutement tonique excessif entraînent une limitation des mouvements et accentuent ses difficultés à s'équilibrer. Face à une proposition qui sollicite un appuis uni-podal, une situation de léger déséquilibre, on observe un blocage physique et psychique voire une désorganisation posturale, le regard au sol et le buste penché en avant. Par ailleurs, il passe relativement bien dans un sens mais pas dans l'autre ce qui accentue son incompréhension. Je sens alors de l'émotion chez le patient qui paraît déçu et qui s'interroge

sur ses difficultés qui ne font pas sens à ce moment-là. On remarque que la difficulté s'accroît quand le bras le plus abîmé se situe du côté de la rambarde. Il y a alors une rupture entre l'intention et l'acte moteur sans raison anatomo-fonctionnelle validée par l'équipe médicale, qui me semble alors être liée à un manque inconscient de sécurité interne pour se rattraper si besoin. Nous pourrions faire l'hypothèse que, d'une certaine manière, "le cerveau protège le corps" et estime que les réflexes de sécurité de cet hémicorps ne sont pas assez fiables, ce qui expliquerait un blocage de l'action. Cette formulation du "cerveau qui protège le corps" permet, en donnant un sens à ses difficultés, d'apaiser le patient au niveau psychoaffectif. Mr B aurait besoin de ré-expérimenter ses capacités, son équilibre et ses réflexes dans un cadre sécurisant physiquement et psychiquement. Pour diminuer son appréhension et prévenir une éventuelle chute nous restons à côté de Mr B pendant sa progression tout au long du parcours, tout en l'accompagnant verbalement pour le soutenir et le guider dans sa posture et la gestion de sa respiration.

II – 5 - Psychomotricité et patient atteint de sclérose en plaques

La rencontre et l'évaluation psychomotrice

Mr L est un ancien gendarme. Le diagnostic de sa sclérose en plaques a été posé en 2004, mais elle aurait débuté en 1999. Je reçois Mr L pour un bilan psychomoteur trois jours après son arrivée dans le service. Il arrive en fauteuil roulant manuel, souriant et blagueur. Je lui demande s'il a déjà eu des séances de psychomotricité auparavant. Il me répond spontanément : *“Non jamais, mais ça sert à quoi ? Qu'est-ce que vous faites par rapport aux ergothérapeutes et kinés ?”*

Ce patient avait en effet déjà passé, depuis son arrivée au service de médecine physique et réadaptation, des bilans avec son médecin référent, une kinésithérapeute et une ergothérapeute en parallèle d'une prise de rendez-vous avec la psychologue. Sa question était donc légitime; *“après tout ça, qu'est-ce qu'on fait de plus ?”* Il m'a semblé important de lui expliquer que chaque domaine est complémentaire et que notre rôle est de travailler dans une dynamique commune, pour répondre au mieux au parcours de soins qui est le sien. Le patient me semble initialement positif et dynamique, mais le nombre de questions et l'apparent besoin qu'on aille *“droit au but”*, laisse transparaître une inquiétude sous-jacente concernant *“ce qu'on va lui demander”* et *“ce que l'on pourra faire”*. Je lui explique donc en quelques mots, et de manière

un peu réductrice, que la kinésithérapie travaille plus le maintien et renforcement musculaire, que l'ergothérapie travaille sur la fonctionnalité du mouvement ainsi que l'ergonomie du matériel et des espaces, et que la psychomotricité, quant à elle, travaillera plus spécifiquement sur la sensibilité, la proprioception, la conscience de soi et des mouvements de manière globale. Le patient semble rassuré et acquiesce de la tête en souriant, *“ok j'ai compris, c'est vraiment complémentaire, avec moi vous avez de quoi faire !”*

Mr L m'explique qu'il fatigue de plus en plus musculairement, qu'il *“n'y a plus de jus”* (métaphore mécanique, sexuelle ?) et qu'il force souvent avec son dos. Il précise que depuis un an, sa distance de marche autonome, mesurée par les kinésithérapeutes, a diminué de 300 m à moins de 120 m en six minutes, et qu'il s'épuise très vite. Il me parle également d'un problème de constipation chronique qui influence fortement sa marche et ses douleurs dorsales. Très porté sur les médecines douces/ parallèles, Mr L explique qu'il voyait régulièrement une réflexologue et un ostéopathe mais qu'il ne les a pas vus depuis environ 3 mois pour des raisons financières. Il compte beaucoup sur tous les moyens possibles pour que sa santé s'améliore. Je perçois dans sa façon de s'exprimer, une volonté d'aller de l'avant mais surtout d'aller mieux et de *“retrouver sa condition physique d'avant”*. Il parle beaucoup *“d'avant”*: *“avant je faisais... avant j'étais comme ça....”* Ce discours au passé m'interpelle, évoquant une souffrance quant à la maladie et à ses impacts bio-psycho-sociaux.

Lorsque je lui demande ce qu'il attend de sa prise en charge en MPR, il me dit qu'il aimerait *“faire du renforcement musculaire au niveau des jambes”* et *“davantage se passer du fauteuil”* dans l'objectif de *“s'en débarrasser”*. Je garde à l'esprit que sa sclérose en plaque est de type secondairement progressive, et qu'au-delà de l'espoir de maintenir les capacités physiques existantes et d'adapter ses activités et son environnement, cela implique qu'aucune récupération physique n'est possible après la perte de fonctions consécutive à une poussée. Qu'a-t-il compris de sa maladie ? Qu'a-t-il pu intégrer ou accepter ? Quoi et comment répondre face à ses attentes ?

Au niveau de l'humeur et de la personnalité, Mr L explique qu'il aime rigoler, qu'il est spontanément *“relax”* mais qu'il est actif et qu'il *“peut vite changer d'humeur en fonction des personnes et du contexte”*. Il confie que son humeur est fortement impactée par le fait de *“toujours devoir compter sur quelqu'un pour faire quelque chose”* alors qu'il a *“toujours eu l'habitude de faire plein de choses et d'être autonome”*. Je perçois dans son discours une

atteinte narcissique qui touche à son identité, d'autant plus qu'en tant que gendarme, Mr L a évolué dans un environnement hiérarchisé au sein duquel il faut, selon ses mots, "*faire ses preuves, être réactif, physiquement apte et garder le contrôle de la situation*". Ne plus pouvoir exercer et devenir progressivement dépendant d'aides matérielles ou humaines est ainsi très difficile. L'image et l'identité sur lesquelles il s'est construit sont atteintes. L'ensemble des modifications bio-psycho-sociales relèveraient ainsi d'un processus de deuil que nous détaillerons plus loin.

Au niveau algique, Mr L nomme des douleurs lombaires et abdominales diffuses récurrentes ainsi que des douleurs de type musculaire entre les omoplates suite à un effort. Elles sont particulièrement importantes le soir avec la fatigue de la journée et lorsqu'il doit monter les escaliers pour aller se coucher chez lui. Il dit ne pas savoir chiffrer cette douleur, mais qu'il peut s'expliquer avec l'image d'un bonhomme qui "*force comme un âne*", et dont le visage est "*entre la grimace et les pleurs*". Mr L précise que sa jambe gauche fatigue plus vite que sa jambe droite.

Au niveau du sommeil, Mr L dit dormir correctement mais ne pas se sentir reposé au réveil. Il se dit "*épuisé, finalement plus moralement que physiquement*". Il n'a aucun trouble de l'appétit.

En ce qui concerne les stratégies compensatoires, positions et techniques antalgiques, Mr L dit régulièrement masser son ventre et faire des contrastes chaud/froid au niveau du dos et du bassin. Il précise que le chaud seul ne lui convient pas car cela provoque un engourdissement désagréable des jambes. Enfin en position allongée, laisser ses jambes tomber pour étirer les psoas et quadriceps notamment avec antéversion du bassin semble le soulager.

L'examen du tonus révèle un bon relâchement lors des mobilisations passives et ce de manière similaire au niveau des deux héli-corps. On note tout de même que Mr L est "*fonctionnellement complètement droitier*" dit-il.

Concernant la posture spontanée, on observe une mise en tension de la ceinture scapulaire avec élévation des épaules dans le mouvement, ainsi qu'une respiration à tendance thoracique.

L'imitation spontanée de postures (type évaluation de la motricité gnosopraxique distale EMG) révèle une bonne représentation du corps dans l'espace et aucune difficulté praxique apparente.

L'équilibre statique et dynamique est altéré en raison de la faiblesse neuromusculaire liée à la maladie, mais aucun problème vestibulaire n'est relevé. Si aucune peur du mouvement n'est objectivée, je remarque l'impact psychologique lorsque le patient est confronté à ses difficultés physiques : il souffle, son visage se crispe et son regard semble évoquer de la tristesse, de la déception.

Pour terminer, je propose à Mr L un dessin auto-représentatif (dérivé du dessin du bonhomme). Il m'explique que, pour lui, les couleurs sont liées à l'énergie. Il se dessine avec la couleur jaune qui représente le rayonnement et la vitalité. Il verbalise en dessinant : *“personnellement je me vois en forme. Je ne fais pas le fauteuil car il fait partie de ma vie mais pas de moi. J'aimerais m'en débarrasser !”*. Il représente un homme debout, avec une musculature développée au niveau des bras, abdos et jambes. Il ajoute ; *“Je sais que je ne suis pas vraiment comme ça là maintenant, mais j'aimerais être debout et refaire du sport, c'est mon objectif”*. Cela me renvoie à la notion d'intégration du handicap et du processus de deuil.

C – DISCUSSION CLINICO-THEORIQUE

I - Les thématiques psychomotrices abordées

Dans la majorité des prescriptions il est question de schéma corporel et d'image du corps. Nous avons vu précédemment que ces notions sont évaluées en début de prise en charge, mais à quoi correspondent-elles plus précisément, à quoi sont-elles liées et comment sont-elles abordées lors des séances en psychomotricité dans un tel service ?

I – 1 - Schéma corporel et image du corps

Dans son livre “l'image inconsciente du corps”, Françoise Dolto tend à nous éclairer sur ce qui distinguerait le schéma corporel de l'image du corps. Ces notions suscitent, encore aujourd'hui, de nombreuses questions. Selon ses écrits, “le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires - on les appelle encore cœnesthésiques.” p18. Dans le service de médecine physique et réadaptation nous rencontrons des patients présentant une ou plusieurs atteintes physiques, touchant leur intégrité corporelle mais également psychique.

Toujours en s'appuyant sur la base des théories de Dolto, “si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près de même âge sous le même climat) de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire”, en l'occurrence ici à l'histoire de l'accident ou de la maladie et de leurs causes et conséquences bio-psycho-sociales dont l'hospitalisation fait partie.

La personne amputée se voit dépourvue d'un membre qui, jusque-là, était présent : le schéma corporel est alors modifié par cette absence. Quand l'amputation est traumatique comme pour Mr T amputé trans-fémoral ou Mme T amputée trans-humérale, l'atteinte psychocorporelle est violente et brutale. Les liaisons nerveuses entre système central et périphérique sont comme court-circuitées, et à défaut d'informations tactiles, proprioceptives ou encore visuelles, le schéma corporel doit se réorganiser à travers de nouvelles perceptions.

“Le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l’image du corps est éminemment inconsciente” pouvant “devenir en partie préconsciente seulement quand elle s’associe au langage conscient, lequel utilise métaphores et métonymies référées à l’image du corps”. “L’image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles (...). L’image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique comme aussi mimiques et gestes”. (Dolto, p.22)

Aussi, observons-nous lors des entretiens et séances en psychomotricité, le langage verbal d’une part, mais également para et infra-verbal du patient. Le dessin de la personne lors du premier entretien, et parfois demandé en fin de prise en charge à l’hôpital, permet pour le professionnel de mieux comprendre, par un autre biais que la parole seule, comment le sujet se perçoit ou souhaite se voir de manière plus ou moins consciente. C’est en dessinant que certains patients disent *“tiens j’ai dessiné mon bras abîmé tout petit”* ou encore *“finalement, c’est comme ça que je me vois”*. D’autres encore dessinent en détail les parties surinvesties psychiquement et ne représentent pas ou que vaguement les parties qu’elles considèrent comme saines ou moins importantes dans leur situation... Mme T, amputée trans-humérale gauche dira ainsi lors de son premier dessin : *“normalement je n’aurais pas dessiné les doigts mais là c’est important”*. (Annexe 3) C’est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui, agir sur et interagir avec l’environnement. L’image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d’affects. Elle est l’aspect imageant du corps et appartient à l’imaginaire, à l’inconscient, avec comme support l’affectif. L’image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors (Schilder, 1968). L’image du corps est l’idée, en perpétuel remaniement, que chacun se fait de son corps ; elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps.

Force est de constater qu’il existe une image du corps sociale, en ce sens que la société influence de façon plus ou moins directe la vision que l’on a de nous-même, de notre corps et de la place que l’on occupe dans le monde. Toute modification, diminution ou perte fonctionnelle et/ou physique a un impact sur la relation à l’autre, à l’environnement et la vision

qu'a le sujet de lui-même : "la perception de notre image est l'association de deux regards, le nôtre et celui des autres" (Nasio, 2013).

"C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente". Il semble alors que la position d'observation et d'écoute du psychomotricien soit primordiale pour approcher la réalité et les désirs de la personne qu'il rencontre et qu'il suivra potentiellement pendant son hospitalisation quelle que soit sa durée.

Il est intéressant de souligner que "le schéma corporel (...) se structure par l'apprentissage et l'expérience, alors que l'image du corps se structure par la communication entre sujets et la trace, au jour le jour mémorisée, du jouir frustré, réprimé ou interdit (castration, au sens psychanalytique, du désir dans la réalité)" (Dolto, p. 23). C'est en quoi l'image du corps serait à référer exclusivement à l'imaginaire, à un intersubjectif imaginaire marqué d'emblée chez l'humain de la dimension symbolique. Toute perte ou diminution brutale ou progressive d'une fonction corporelle a un impact sur la condition physique et psychologique du sujet dans son rapport à lui-même, à et dans son environnement, pouvant potentiellement donner lieu à une rupture plus ou moins traumatisante entre désir et réalité du sujet. Le psychomotricien devra faire attention aux propositions qu'il fera et aux mots employés en fonction de l'état psychocorporel du patient et de la réalité médicale de celui-ci, discutée en pluridisciplinaire. Mr L, atteint de sclérose en plaque secondairement progressive, aura ainsi besoin de temps pour admettre et intégrer l'objectif réadaptatif plus que rééducatif de son hospitalisation en MPR. L'importance des mots employés par les soignants est primordiale pour aider le patient dans la prise de conscience de ses capacités corporelles et le cheminement vers une réadaptation dans tous les domaines de la vie.

Pour Ajuriaguerra, le schéma corporel est « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles ». Il « réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (1970). Substrat neurologique de l'image du corps, il est lié à l'expérience motrice, au ressenti musculaire et cénesthésique qui permet l'intégration de l'espace. Il est d'intégration précoce, particulièrement autour de la première année de vie (A. Sanglade, 1983). Il est intimement lié, tout au long de la vie du sujet, à la notion neurologique de plasticité cérébrale.

I – 2 - Plasticité cérébrale et psychomotricité suite aux pertes, modifications de fonctionnalité

Lorsque nous exerçons au plus près du traumatisme ou en phase aigüe d'une maladie, la prise en compte des impacts biopsychologiques est majeure. Toute personne hospitalisée a subi un traumatisme physique dont la portée psychique diffère selon des données personnelles/individuelles et environnementales, comprenant le contexte de la maladie ou de l'accident et de l'hospitalisation. A ce jour, il est acquis que la prise en charge précoce post-traumatique permet une meilleure récupération et réadaptation des capacités biopsychologiques du sujet. L'évolution des ressources psychocorporelles du sujet est intimement liée à la notion de plasticité cérébrale toujours au cœur de la recherche en Neuro-Sciences. « La plasticité cérébrale décrit la capacité du cerveau à remodeler ses connexions, modifier son organisation et son activité, en fonction de l'environnement et des expériences vécues par l'individu ».

Si la plasticité cérébrale en période péri-natale puis chez l'enfant n'est plus à démontrer, celle de l'adulte a longtemps été négligée voire considérée comme quasi inexistante. Cependant, les recherches en Neuro-Sciences s'attardent sur les nombreuses questions que soulève la neuroplasticité chez l'adulte, et les liens étroits entre activités psychiques, cérébrales et motrices. En effet, « la construction du cerveau repose sur un ensemble de processus incluant la différenciation cellulaire, la migration neuronale, la guidance axonale et l'établissement des connexions neuronales, qui sont étroitement déterminés par notre patrimoine génétique.

Néanmoins, il est actuellement fermement établi que l'influence de l'expérience individuelle sensorielle et affective mène à de multiples possibilités de remodelage du cerveau. Cette plasticité cérébrale s'observe largement au cours du développement de l'individu, mais est un processus également actif tout au long de la vie adulte. L'histoire singulière de chacun d'entre nous façonne dès lors constamment de subtiles modifications structurelles et fonctionnelles de notre système nerveux, qui seront le support de la diversité de notre pensée et de nos comportements. » (Schiffmann, 2001) Au regard de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et de ce fait, globale du patient, de la prise en compte des dimensions psycho-affectives, tonico-émotionnelles et neuro-motrices, la psychomotricité semblerait constituer un lien entre les différentes disciplines en Médecine Physique et Réadaptation, aider le patient à vivre au mieux son temps d'hospitalisation, intégrer et s'approprier ce qu'il traverse. Il faut cependant, comme expliqué précédemment, respecter la temporalité psychique du patient. Il

est parfois trop tôt pour que le patient “écoute son corps”, car il doit faire face à une réalité encore trop effrayante, et à des soins vitaux qui sont supportés essentiellement grâce aux moyens de défenses psychiques dont il dispose.

Dans des situations de traumatisme corporel brutal comme dans des cas d’amputation, de brûlures graves, ou de perte progressive de fonctions motrices par exemple, la réintégration du schéma corporel s’appuiera notamment sur les capacités de plasticité cérébrale et de réorganisation corticale. Au niveau cortical, il existe une organisation somatotopique des aires motrices (M1) et sensorielles primaires (S1). Dans cette représentation corticale, le corps est structuré en cartes topographiques motrices et sensibles.

Le cortex M1 contient l’activité motrice du sujet et le cortex S1 représente les parties du corps proportionnellement à leur importance réceptrice (Allart, Daveluy, & Devanne, 2017).

Ceci me mène au concept d’Homunculus de Penfield, du latin « petit homme », modelé avec des mains et une tête démesurées, il est une représentation des parties du corps telles qu’elles se projettent sur le cortex cérébral.

Chaque région du corps peut être assimilée à une aire du cortex cérébral qui reçoit et analyse les stimuli.

Il existe deux types d’homunculus :

1- L’homunculus somatosensoriel :

Il représente chaque territoire de l’organisme, il est déformé par rapport à la surface des territoires corporels car il est proportionnel à la densité des récepteurs sensoriels présents à la surface du corps. Ainsi, il dépend du génome de l’espèce et est modulé par des facteurs de l’environnement.

2- L’homunculus moteur :

Il représente les divers muscles selon l’intensité de leur activité. Il dépend aussi des facteurs environnementaux.

Ces représentations corticales sont donc susceptibles d’être remodelées suite à une atteinte corporelle, qu’elle soit brutale ou progressive, et sont dépendantes des facteurs environnementaux dont le suivi en rééducation réadaptation fait ici partie.

En neurosciences, la plasticité cérébrale représente la “capacité du système nerveux central à subir des modifications de structure et/ou de fonctionnement pour assurer le développement de

l'individu et lui permettre de réagir aux contraintes internes et externes ou environnementales” (Allart, Daveluy, & Devanne, 2017, p. 19). Après une amputation, la structure des aires sensorimotrices primaires se réorganise. La zone corticale correspondant à l'amputation tend à réduire au profit des zones limitrophes qui s'étendent sur cette zone désinvestie (Jeannerod M., 2006).

La plasticité cérébrale est un processus continu évoluant tout au long de la vie. Il existe trois principaux types de plasticité cérébrale : (Allart, Daveluy, & Devanne, 2017)

- La plasticité développementale qui fait référence à la maturation neurologique du fœtus à l'âge adulte.
- La plasticité liée à l'expérience ou à l'entraînement.
- La plasticité post-lésionnelle qui survient spontanément en réaction à une lésion centrale ou périphérique et par l'expérience.

La plasticité cérébrale sous-tend ainsi notamment le schéma corporel, suivant les nouvelles expériences sensori-motrices vécues par le sujet.

Dans le cas de Mme T, amputée du bras gauche au niveau trans-huméral, le travail conjoint en ergothérapie, kinésithérapie et psychomotricité a notamment pour objectifs de diminuer les douleurs neuropathiques et d'accompagner le remaniement de la carte motrice du bras au niveau cortical pour éviter une éventuelle héli négligence ou un sous-investissement du membre résiduel. Cet accompagnement du remaniement du schéma corporel est nécessaire dans la prévention des troubles posturaux, toniques et d'équilibration.

I – 3 - L'impact de l'état psycho-affectif du patient

Schilder (1968) ajoute que “le schéma corporel reste sous la dépendance des processus émotionnels et des besoins biologiques qui en représentent l'énergie et la force directrice”. En clinique, le travail du schéma corporel se fera en fonction de la pathologie de la personne, de ses attentes, de ses besoins et possibilités biopsychologiques.

L'état psycho-affectif du patient a un impact non négligeable sur ses capacités motrices et fonctionnelles ; La peur du mouvement (kinésiophobie) induit une réduction de son amplitude voire une sous-utilisation du membre ou de la partie du corps concernée. Une activité ou un mouvement qui va rappeler un événement traumatique va potentiellement être évité... Ainsi, la modification de l'activité motrice, due à un fonctionnement psychique entravant, risque, à plus ou moins long terme, d'engendrer, au-delà des changements musculo-tendineux, une modification des circuits neuronaux, des cartes sensitivo-motrices et donc avoir des répercussions sur les capacités fonctionnelles de la personne.

Par ailleurs, l'impact psycho-affectif d'une pathologie est très différent d'une personne à l'autre. Il dépend du tempérament de la personne, de son histoire, de son vécu, de ses croyances, de l'environnement (matériel, social, familial) dans lequel elle se trouve...

Dans le champ des états psycho-affectifs susceptibles d'impacter le suivi du sujet, il convient d'évoquer le processus de deuil que traverse le patient en situation de handicap transitoire ou définitif, deuil de ce que le patient "avait", "était" et "pouvait" faire avant, avec tous les questionnements qu'ils engendrent : "*Que vais-je devenir ?*", "*Comment je vais faire ?*", "*Ce n'est plus moi*", "*Comment ça va évoluer ?*"...

Elisabeth Kübler-Ross décrit cinq étapes du deuil : Le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Ces étapes ont une temporalité et une chronologie propre à chacun. (Kübler-Ross & Kessle, 2009)

- **Le déni** est la première étape du deuil. La perte est intellectualisée mais pas assimilée. C'est un mécanisme de défense qui permet de faire face aux sentiments qui apparaissent insurmontables temporairement. Le déni répond au choc psychique en se manifestant généralement par une incompréhension ou une sidération ayant pour fonction de protéger l'intégrité psychique.
- **La colère** survient à la prise de conscience du traumatisme et/ou de la perte, du nouvel état physique et d'un avenir qui apparaît bouleversé. Cette colère peut être orientée vers le sujet lui-même, ses proches ou encore les équipes médicales. Cette colère est l'expression de sentiments de tristesse, de panique, de la douleur et de la souffrance liée à la perte. La colère est la manifestation de la vie, des sentiments jusque-là refoulés.
- **Le marchandage** est une période pendant laquelle le sujet remonte le temps et refait l'histoire, fait de nombreuses hypothèses "si seulement...", "et si...", "Je pourrais faire ça..." Si cette période permet un temps de répit dans la souffrance psychique, elle est

cependant souvent associée à un sentiment de culpabilité et liée à des reproches. La fin de cette étape marque l'intégration psychique du handicap, de la perte.

- **La dépression** marque une période pendant laquelle la personne n'a plus envie de lutter, de repli sur soi, et d'inquiétude intense pour l'entourage. C'est une période de tristesse intense qui donne lieu à une réorganisation de la pensée en intégrant la perte.
- Enfin, **l'acceptation** correspondrait à une intégration de la perte, du handicap avec réappropriation du désir tourné vers l'avenir.

Lorsque le psychomotricien rencontre le patient il doit pouvoir percevoir où le sujet en est dans son processus de deuil, dans son parcours de soins et de vie, et accueillir les émotions qui y sont liées à travers les diverses expressions psychocorporelles.

Malgré la pathologie les patients sont dans une logique du vivant : vivre, survivre, dépasser les difficultés. Certains symptômes sont la manifestation de moyens de défense mis en place pour contrer la situation, essayer de faire face à ce qui fait souffrance.

Les patients que l'on reçoit pour des troubles de l'image du corps sont souvent sujets à des angoisses particulièrement importante par rapport à ce qu'ils peuvent traverser corporellement. Parfois ils n'en sont pas conscients mais ces angoisses sont envahissantes et avant tout d'ordre corporel : ces angoisses archaïques, identitaires peuvent toucher le sentiment même d'habiter son corps et que son corps soit bien le sien. Ainsi Mr B, grand brûlé, dont l'enveloppe physique, et par-là même psychique, a été profondément atteinte, dit ne plus reconnaître son corps, et présente une attitude posturo-motrice qui pourrait notamment évoquer un manque de contenance avec un "agrippement" au tonus pneumatique et un recrutement tonique important dans toute mobilisation active.... Le sujet va trouver des stratégies pour que ces angoisses, (de morcellement ?) soient plus supportables (mécanismes de maintien, de survie). Les sujets qui utilisent ces mécanismes de maintien, comme le tonus pneumatique par exemple, déploient beaucoup d'énergie pour des effets finalement limités par rapport à l'énergie mobilisée. Le rôle du psychomotricien est d'aider le patient à économiser son énergie et à retrouver ses propres limites physiques et psychiques...

L'ensemble des données bio-psycho-sociales doivent être prises en compte dans le devenir du patient. Il a été démontré que la plasticité cérébrale est influencée non seulement par les expériences motrices et sensitives, mais également par l'activité psychique du sujet. L'intégrité

psychocorporelle serait comparable à une immense toile dont les fils seraient constitués par de nombreux facteurs biopsychologiques. Selon le principe de tenségrité, toute modification de l'une de ces données a alors un impact sur son équilibre, sa solidité.

Il est difficile de parler des différentes thématiques psychomotrices de façon isolée car elles sont en réalité toutes intriquées et interdépendantes... c'est l'axe sur lequel on portera une attention particulière qui fera, pour un patient donné, la spécificité de sa prise en charge.

I – 4 - Tonus et régulation tonico-émotionnelle

L'état tonique du patient et ses émotions, douleurs, éventuelles compensations posturales... se font échos dans un continuum d'influences réciproques.

Selon Jover, le tonus est "l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette concentration isométrique est permanente et involontaire. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales, et est le lieu d'inscription des émotions."

L'histoire de vie de Mr B et de Mr F fait état d'un stress post-traumatique respectivement suite à des brûlures graves et à des missions éprouvantes physiquement et psychiquement. Quelle qu'en soit l'origine, un stress post-traumatique est défini par l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal comme "un état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique dans un contexte de mort, de menace de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle". Il se manifeste par des reviviscences (souvenir répétitifs, cauchemars, flash-back), des évitements de pensées, sentiments ou éléments liés au traumatisme, des altérations cognitives ou émotionnelles et une hyper-activation du système nerveux (irritabilité, hyper-vigilance, difficultés de sommeil...). Des difficultés de régulation tonico-émotionnelle, sont alors observées et entraînent l'altération de nombreux domaines, impactant la vie personnelle, sociale voire professionnelle du sujet. Au-delà des situations de stress post-traumatique, ces troubles de la régulation tonico-émotionnelle sont largement retrouvés chez les patients suivis en MPR dont la douleur physique et/ou la souffrance psychique sont supportées au quotidien.

Sémiologie psychomotrice des troubles tonico émotionnels :

- Schéma corporel/image du corps : altération selon les zones impliquées par le trouble tonique, possibilité de clivages haut/bas, ou droite/gauche, ou conscience d'unité corporelle modifiée, image du corps dévalorisée
- Motricité globale : perturbation de l'équilibre, difficulté à maintenir des postures, agitation motrice ou inhibition, problèmes de coordinations, dissociations
- Motricité fine : difficulté à adapter son geste, coordinations occulo-manuelles imprécises, fatigabilité, troubles du graphisme, de l'écriture
- Espace : désinvestissement de la sphère spatiale, difficultés à s'adapter dans l'espace, troubles visuo-spatiaux
- Troubles de la latéralité
- Temps : difficultés d'adaptation au rythme
- Fonctions exécutives : troubles de l'attention, fatigabilité, double tâche difficile
- Sphère relationnelle : trouble de l'expression orale, difficulté à verbaliser les émotions, les ressentis.

Au-delà des propositions faites par le psychomotricien le dialogue tonico-émotionnel tient une place majeure dans la prise en charge : il a été défini par J. de Ajuriaguerra en 1960. L'enfant « réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend ». C'est par la réponse tonique et émotionnelle du praticien qui s'ajuste à lui, que le patient pourra réguler son propre état et éventuellement donner du sens à son vécu. Nous pourrions illustrer ce rapport par une sorte de boucle de rétrocontrôle dont le psychomotricien serait le chef d'orchestre, cherchant un équilibre psycho-corporel harmonieux.

Le tonus est d'une importance majeure dans l'organisation émotionnelle du sujet. Schéma tonique et état psychoaffectif sont intimement liés.

“Le tonus est un état de tension permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent”. (Vulpian, 1874).

Il existe trois grands types de tonus :

- Le tonus de fond, appelé aussi tonus passif ou de repos, représente “la contraction minimale, ou état de légère tension d’un muscle au repos” (Amiel-Tison, 2002).
- Le tonus de posture représente l’activité tonique minimale permettant le maintien des “mises en forme corporelles” et de leur équilibre. Il est alors lié à la vigilance et à l’éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation perceptive.
“Il dépend d’influences à la fois périphériques et centrales”. (E. Pireyre)
- Le tonus d’action est impliqué dans la contraction volontaire. On l’observe au cours de la marche, ou encore lors de l’exécution de certains mouvements imposés (épreuve doigts sur le nez par exemple).

Les trois formes de tonus sont, chez tout un chacun, très personnalisées. Le profil tonique, évaluable au moyen du bilan psychomoteur, reflète donc la subjectivité. Il peut être perturbé dans des pathologies bien spécifiques qui peuvent toucher le système nerveux, central ou périphérique, aussi bien que le tissu musculaire lui-même. Hypertonie et hypotonie peuvent en être les conséquences. Le tonus est également relié à certains aspects de la vie psychique et constitue un mode d’expression, une trace physique de l’histoire relationnelle du sujet. Wallon (1942) évoquait d’ailleurs le rôle de l’émotion sur les états internes de l’organisme.
(E. Pireyre, *Clinique de l’image du corps*, 2015. p 105)

La répartition et la régulation tonique du patient vont déterminer notamment son équilibre, ses postures et ses mouvements.

Les postures sont des positions que l’individu conserve pendant un laps de temps suffisamment long pour que le corps garde une certaine immobilité. Le mouvement, quant à lui, débute et se termine par une posture. Les postures structurent le mouvement, en lui conférant une temporalité. Pour tous les patients, et pour toute personne de manière générale, c’est essentiellement par la respiration que nous pouvons agir consciemment sur l’état tonique et émotionnel et réciproquement. La psychomotricité a un rôle particulier dans la prise de conscience corporelle et l’attention portée à la respiration liée aux schèmes moteurs et à la régulation tonico-émotionnelle.

I – 5 - Axe corporel et postures

Sur le plan anatomique l'axe corporel comprend le tronc, le cou et la tête. L'axe corporel est le point d'appui indispensable aux fonctions instrumentales. Mais en plus l'axe corporel permet et donne lieu aux élaborations psychiques. L'axe corporel est le point d'ancrage du Moi corporel, de la représentation du corps. Il intervient dans l'organisation des stimulations issues de l'environnement. (Cours de psychomotricité, 2016)

(p 149 B. Lesage *“Jalons pour une pratique psychocorporelle” Structure, étayage, mouvement et relation collection l'ailleurs du corps. édition érès*) :

“L'anatomie définit l'axe du corps comme une ligne virtuelle passant par le sommet du crâne et le centre du périnée. Idéalement, sa verticalité est garante d'un équilibre musculaire optimal, ce qui se traduit en termes de disponibilité au mouvement et d'économie d'énergie. Une posture portée en avant ou en arrière qui ne fait plus coïncider l'axe du corps avec la verticale induit des tensions chroniques excessives, et surtout limite la disponibilité au mouvement”.

“C'est grâce à l'axe que les constituants du mobile qu'est le corps vont s'articuler, s'inscrire dans un rapport juste et harmonieux avec l'ensemble, ce qui nous renvoie à l'étymologie même du terme “articuler”.

La disponibilité au mouvement et à l'autre dépend de la mobilité de ce corps, de la manière dont il s'articule et dont il est vécu. Dans les situations de Mr B grand brûlé et de Mr T amputé au niveau trans-fémoral, les fonctions instrumentales et la relation à l'autre sont entravées par une posture “fermée”, portée vers l'avant et le regard au sol. A l'image du dicton selon lequel “le corps suit le regard”, ces deux personnes aux pathologies très différentes se trouvent face à des difficultés fonctionnelles avec un déséquilibre postural.

Il convient ici d'évoquer, sur la base des travaux de B. Lesage, les valeurs expressives et symboliques des axes et des plans. Les trois axes orthogonaux haut/bas, devant/derrière et droite/gauche, seraient “des axes de mémoire supportant un vécu spécifique à chacun, chargé de connotations affectives, et ce depuis le début de notre vie”. Barbara Tversky souligne l'importance de ces six directions données par le corps, dont les prolongements permettent une structuration de la spatialité. Ainsi, pour une personne debout, c'est l'axe haut/bas qui s'applique en premier, séparé par le plan transversal (Annexe 1-b), perçu comme axe de l'être au monde répondant à la gravité. En ce sens dissymétrique, il inscrit le corps dans une polarité

entre ciel et terre. En revanche, pour quelqu'un qui est couché, c'est l'axe avant/arrière, délimité par le plan frontal (Annexe 1-c), qui semble s'imposer comme séparant d'un côté le monde pouvant être perçu et sur lequel le sujet peut agir, avec, de l'autre côté, un monde situé derrière et dessous, inaccessible et difficilement manipulable. Enfin, l'axe droit/gauche, délimité par le plan sagittal (Annexe 1-a), quant à lui symétrique à travers la notion des hémicorps, vient compléter l'un ou l'autre des axes précédemment cités.

(B. Tversky, "la cognition spatiale", dans A. Berthoz, R. Recht, *les espaces de l'homme*, Symposium du Collège de France, Paris, Odile Jacob, 2005, p. 161-184.)

D'un point de vue clinique, cela m'amène à m'interroger sur ce qu'il en serait pour les personnes en fauteuil roulant, de manière générale, alors ni couchées ni debout, inscrites dans un espace intermédiaire entre verticalité et horizontalité, limitées dans l'exploration de l'arrière et du dessous par le dossier, le siège et parfois les accoudoirs. Nous pouvons même pousser la réflexion aux situations de handicap inné ou acquis : Comme dans les cas de déficit sensoriel de type surdité ou cécité, quelles sont les valeurs expressives et symboliques des axes et des plans lorsque le handicap a toujours été présent, lorsqu'il est transitoire, ou a été acquis progressivement ou brutalement ? Sur la même base de raisonnement, nous pouvons nous questionner sur les valeurs expressives et symboliques de l'axe droite/gauche, défini physiologiquement comme symétrique par Barbara Tversky, dans les cas de douleurs, de perte ou atteinte de la fonctionnalité d'un membre ou encore d'amputation.

Pour en revenir à la symbolique des axes énoncée par B. Lesage, les trois axes haut/bas, devant/derrière et droite/gauche, pourraient respectivement être reliés aux dimensions de "l'Etat, du Vouloir et du Pouvoir" permettant une lecture en pathologie telle que, par exemple, "l'Etat" désaxé pourrait avoir comme conséquence un "Pouvoir" inhibé ou un "Vouloir" désorienté. (p. 154)

I – 6 - Notions d'enveloppe physique et psychique

Les limites corporelles impliquent les notions de dedans et dehors, de limites et espaces internes et externes. L'expérience de ces limites permet au sujet de se positionner vis-à-vis d'autrui, de développer ses compétences psychomotrices et de s'identifier en tant qu'être à part entière (Saint-Cast & Boscaïni, 2012). Chez les personnes amputées, brûlées, paralysées... les limites sont modifiées et les notions d'espace interne et externe sont altérées.

L'espace corporel est raccourci pour la personne amputée, son enveloppe a été modifiée. Pour la personne brûlée, la limite dedans/dehors a été fragilisée. Toute atteinte corporelle, comme rencontrée en service de médecine physique et réadaptation, a potentiellement mis à mal le "Moi-peau" du sujet.

D. Anzieu (1923-1999), psychiatre de formation philosophique, a décrit un système complexe qu'il nomme "Moi-peau" : "Par Moi-peau, nous désignons une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases de son développement pour se représenter lui-même comme Moi, à partir de son expérience de la surface du corps (...)" (Anzieu, 1974, p. 204)

Les amputations, opérations chirurgicales, brûlures, paresthésies et autres atteintes corporelles modifient les expériences, les perceptions de cette surface du corps, de cette limite aux multiples fonctions nécessaires à l'intégrité psychocorporelle du sujet.

"Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental" (Anzieu, 1995, p. 119). Selon le Dictionnaire Larousse, la peau est "un organe constituant le revêtement extérieur du corps de l'Homme et de beaucoup d'animaux". Au-delà d'une enveloppe physiologique aux propriétés sensorielles et immunologiques, pour Anzieu, la peau représente également une fonction psychologique. Elle contient et délimite le corps, constitue un lien entre soi et l'environnement extérieur, et l'inscrit dans une temporalité.

Cette fonction se développe par l'intériorisation du Holding et donne à la psychée un appui interne. Défini par Winnicott (1896-1971), pédiatre de formation, le Holding traduit en français par "maintien", désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel. La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité.

En clinique traumatique ou lors de maladies somatiques, une peau lésée, abîmée, l'absence ou les modifications des afférences sensibles, altérerait ainsi la constitution du Moi.

Le Moi-peau implique plusieurs fonctions qui seront atteintes à des degrés différents en fonction de la personne et de sa pathologie :

- La fonction de *maintenance du psychisme*, développée par l'intériorisation du Holding maternel à travers le portage, donne à la psychée un appui interne. La peau soutient le

squelette et les muscles, unifiant le corps et maintenant l'intégrité psychique. La peau soutient le corps comme la mère a porté l'enfant. Chez la personne amputée, la peau est mise à défaut dans son rôle de maintien car la limite de son soutien musculo-squelettique est modifiée par son aspect et sa localisation. La redécouverte sensorielle des contours du corps, par des enveloppements médiatisés, contacts du thérapeute ou du sujet lui-même, permet un étayage psychocorporel.

- La fonction de *contenance* se développe à travers l'intériorisation du Handling (soin). Comme la peau recouvre la surface du corps, le Moi-peau enveloppe la psychée et la contient. Chez une personne gravement brûlée, comme Mr B, cette peau a été fragilisée voire détruite et la limite entre le dedans et le dehors est atteinte. Elle apparaît fragmentée, trouée, "raccommodée" et ne constitue plus une enveloppe continue et unifiante. L'agression de cette peau dont la fonction est de "contenir le contenu du corps", ne peut-elle pas générer des angoisses archaïques de morcellement ou de liquéfaction ?
- La fonction de *pare-excitation*. La couche superficielle de la peau constitue une barrière protectrice contre les agressions et stimulations excessives extérieures. Le Moi-peau tient cette fonction de pare-excitation, d'apaisement nécessaire face à certaines situations.
- La fonction d'*individuation*. La peau présente des différences interindividuelles par leur aspect, leur couleur, leur élasticité... Elle fait partie de l'identité du sujet. Chez une personne brûlée, surtout lorsque les zones sont socialement particulièrement visibles au quotidien (visage, bras, mains), cette fonction d'individuation est effractée et fait particulièrement souffrance psychologiquement.
- La fonction d'*inter-sensorialité* du Moi-peau correspond à la mise en relation des diverses sensations profondes et superficielles de la peau. Le Moi-peau constitue "une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et les fait ressortir comme figures sur ce fond originnaire qu'est l'enveloppe tactile" (Anzieu, 1995, p.127). Pour Mme T amputée trans-humérale, les informations sensorielles superficielles et profondes du membre amputé ont été rompues. Les sensations et douleurs fantômes témoignent de l'expression d'une mémoire corporelle au niveau du segment perdu. Les exercices de visualisation mentale, les thérapies miroir et l'utilisation de réalité virtuelle aujourd'hui en cours de développement, permettent de rétablir une cohérence entre sensations et perceptions, et d'apaiser les douleurs neuropathiques.

- La fonction de *soutien de l'excitation sexuelle*. Le Moi-peau est une surface sur laquelle, dans le développement normal, des zones érogènes sont localisées, et la différence des sexes reconnue. Dans des cas de paraplégies ou de tétraplégies par exemple, l'absence de sensations ou de contrôle des zones érogènes atteint cette fonction et par là-même altère le désir et la confiance en soi.
- Enfin, Le Moi-peau remplit une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles. Dans des situations de troubles de la sensibilité et/ou de proprioception, le travail en psychomotricité peut s'appuyer sur "la mémoire du corps", en associant les informations visuelles et tactiles.

La fonction contenante des enveloppes physiques et psychiques renvoie à la notion de contenant/contenu. Celle-ci est liée à la capacité de maintenir en soi un contenu, qu'il soit organique ou émotionnel, faisant écho à notre manière d'être.

La problématique des enveloppes concerne, au-delà des atteintes cutanées que nous pouvons rencontrer avec des patients blessés (cicatrices de brûlures, d'amputations, d'opérations chirurgicales...), les patients qui perdent le contrôle de leurs fonctions vésico-sphinctériennes. La limite dedans/dehors est atteinte tout comme l'estime de soi. Des angoisses importantes peuvent apparaître comme la peur de se vider. Au contraire, lorsque le transit est bloqué, le patient peut avoir peur de se remplir sans pouvoir se vider, de gonfler voire d'éclater.

L'atteinte de l'enveloppe peut ainsi être due à de nombreux facteurs. La prise en charge psychomotrice cherche à favoriser l'émergence d'une enveloppe contenante et sécurisante. Pour cela, elle s'appuie sur le cadre thérapeutique, la relation, l'engagement corporel, la verbalisation des vécus et la mise en mouvement du corps (Veeseer, 2015).

I – 7 - L'équilibre

L'équilibre est un état de stabilité permettant à l'homme de faire face aux forces de la pesanteur, ainsi qu'aux facteurs qui tendent à le rompre à chaque fois qu'il s'adapte au milieu, aussi bien dans un état cinétique que dans un état statique. » A. Chaillot.

L'équilibre corporel et l'équilibre psychique sont intimement liés. Le petit Robert définit l'équilibre comme un "ensemble d'impressions et de sensations fournies par les sens de la vision, l'appareil vestibulaire de l'oreille interne et la sensibilité interne, qui permettent à l'individu de se maintenir et de se mouvoir normalement". C'est une position involontaire spontanée qui permet le maintien d'une posture ou d'une attitude stable en résistant aux forces physiques extérieures. L'équilibre physique est associé à un sentiment de sécurité ressenti et exprimé par le sujet. S'il témoigne de l'intégrité corporelle, il reflète également une confiance en soi. L'équilibre est également permis par la capacité du sujet à situer son corps dans l'espace. La notion d'espace se rapporte à la conscience que l'individu possède de son environnement et comment il s'y organise. Cette compétence découle de l'expérience du corps propre.

En clinique, nous gardons à l'esprit que la perception de la stabilité physique favorise la réappropriation de l'image corporelle. Nous portons donc une attention toute particulière à l'installation du patient lors des séances mais également, en accord et discussion avec les autres professionnels de santé, à l'installation en chambre et à l'ergonomie du matériel potentiellement utilisé par le patient. Le sentiment de confiance face à la chute et le vécu d'autonomie agit indéniablement sur la capacité à maintenir son équilibre à rester debout. (Saint-Cast & Boscaini, 2012). Un manque d'ancrage peut être en lien avec une atteinte des extrémités qui ne sont plus perçues comme fiables, à la perte de repères ou encore à la difficulté à sentir sa densité (sensations de fébrilité).

L'être au monde, est ainsi sous tendu par les sensations, perceptions, et par là-même, lié à la fonction proprioceptive.

I – 8 - De la sensibilité à la proprioception

L'Homme doit en permanence prendre en considération les informations qui lui parviennent à la fois de son environnement et de son propre corps pour réagir et s'adapter au mieux. Pour cela, certaines cellules du système nerveux sont spécialisées, différenciées en récepteurs sensoriels capables de transmettre à l'organisme les variations potentielles de l'environnement, mais également celles issues du corps propre en les codant.

Il existe de nombreuses notions rattachées au système sensoriel. Sur la base des enseignements en neurophysiologie et de Mme Cécile Pavot, psychomotricienne et enseignante à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière, nous pouvons identifier différentes modalités sensorielles telles que :

- Une sensibilité générale ou somesthésie comprenant
 - La sensibilité extéroceptive ou cutanée
 - La sensibilité proprioceptive, qui renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du corps propre
- La kinesthésie ou sensibilité intéroceptive encore appelée viscérale, qui renseigne l'organisme sur les variations viscérales et les changements physico-chimiques.
- On peut nommer les sensibilités "téléceptives" pour lesquelles le stimulus peut être éloigné : vue, audition, odorat.
- La sensibilité labyrinthique, quant à elle, renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du crâne. Elle a un rôle majeur dans l'équilibration et l'orientation spatiale.
- La nociception correspond à l'ensemble de la sensibilité douloureuse quelle qu'en soit l'origine.

"La somme des impressions provenant des organes sensoriels entraîne une sensation, qui, interprétée en fonction de notre expérience, constitue la perception."

(Dr D. ROSE, Membre de la Société Française des Neurosciences, CHU Amiens, Site pédagogique www.neurobranches.chez-alice.fr)

Lors de troubles de la sensibilité, le sujet peut présenter des difficultés à percevoir son corps. Le schéma corporel et l'image du corps sont alors altérés, et les fonctions instrumentales, tout comme la relation à l'autre, s'en trouvent entravées.

"La perception est une donnée complexe qui, nous le verrons, est liée à l'action et à la cognition. La perception est caractérisée par l'implication coordonnée des différents systèmes sensoriels : il n'est ici pas uniquement question d'interpréter les messages sensoriels mais la perception consiste en une véritable simulation interne de l'action. Elle recouvre une anticipation des conséquences de l'action, et à ce titre, intervient dans la prise de décisions."

(C. Pavot)

Autrement dit, “la perception est la capacité qui permet à un organisme de guider ses actions et connaître son environnement sur la base des informations fournies par ses sens”.

(C. Bonnet, professeur de psychologie cognitive expérimentale à l’Université Louis Pasteur de Strasbourg)

Lorsque la perception d’une sensation est diminuée, on parle d’hypoesthésie, à l’inverse, une augmentation du phénomène de perception se réfère à l’hyperesthésie. L’anesthésie correspond à une absence de perception sensorielle. Les paresthésies, quant à elles, correspondent à des sensations anormales ou modifiées.

Selon B. Lesage dans son livre *Jalons pour une pratique psychocorporelle* page 223, la proprioception correspond à “l’intégration sensitivo-sensorielle couplée à l’élaboration motrice dans le cadre d’interactions et de relations”. Les sensations de soi sont mises en jeu dans la posture, les gestes (...) La conscience dirigée sur l’état posturo-moteur permet au sujet d’élargir et de nuancer le registre de ses qualités gestuelles.

Il convient ici de faire le lien avec les travaux d’A. Bullinger sur la sensori-motricité, selon lesquels “l’organisme est soumis à des flux qui atteignent les systèmes sensoriels dont il est doté. Un flux est constitué par une source qui émet de manière continue et orientée un agent susceptible d’irriter une surface, le capteur. Les relations spatiales entre la source et le capteur varient. Si c’est la source qui est en mouvement, la situation est dite passive. Si ce sont les mouvements du capteur qui créent des variations, on parle alors de situation active. Dans bien des cas, on peut observer des situations mixtes, où source et capteurs sont mobiles.

C’est la sensibilité profonde qui signale les mouvements du capteur (Berthoz, 1978).

Rappelons que ces signaux indiquent l’état de tension des muscles et des tendons, la position et la vitesse de déplacement d’une articulation, et que ces capteurs spécifiques signalent la douleur. L’ensemble des signaux de la sensibilité profonde vont (...) se coordonner avec les signaux issus des flux sensoriels.

La coordination entre sensibilité profonde et signaux issus des flux sensoriels va constituer la fonction proprioceptive. La proprioception n’est pas qu’un fait biologique, elle est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l’organisme et son milieu”.

(Extrait de “*Le développement sensori-moteur de l’enfant et ses avatars, un parcours de recherche*”, A. Bullinger, éd. érès, *La Vie de l’enfant*, 2004).

Le travail proprioceptif est basé sur le couplage sensori-moteur : la commande motrice s'ajuste en fonction des ressentis, eux-mêmes calibrés par le système moteur. Pour des personnes présentant des troubles proprioceptifs comme dans des cas de sclérose en plaque ou lors de récupérations de paraplégies transitoires, il est intéressant d'enrichir le flux des sensations, à l'aide de plaques sensorielles par exemple. L'expérience clinique montre que les contrastes importants aident généralement le patient à prendre conscience de sa posture antérieure, de la différence des matières ou des reliefs qu'il ne parvenait pas à identifier au premier abord. L'attention portée aux sensations a une importance majeure.

Un autre travail intéressant est celui des systèmes : peau, muscles, os. En auto-exercices, la peau est sentie et "réveillée" par le contact superficiel ; les muscles par des palpations, les os par des percussions ou des vibrations. L'exploration des systèmes permet un recentrage actif sur les sensations, une prise de conscience de leur complémentarité dans l'unité corporelle.

Sur la base de ces données sensori-motrices, la psychomotricité propose au patient des expériences pour "ré-habiter" son corps, trouver un "Corps-Accord" plus harmonieux qui lui permette d'être en relation avec ce qu'il est, et ce qu'il fait.

I – 9 - Psychomotricité et gestion de la douleur

Selon l'Association internationale pour l'étude de la Douleur, la douleur constitue une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire, réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage".

La douleur est un phénomène que nous connaissons tous, ou presque. Une douleur juste, sur laquelle le sujet peut mettre du sens, entre dans son champ d'expérience et de compréhension, et pose des limites. Elle délimite le corps dans les explorations et constitue un signal d'alerte nécessaire face aux dangers potentiels.

Le couple sensation-émotion omniprésent dans le concept de douleur oblige à l'appréhender dans sa dimension fondamentalement psychosomatique. Elle peut être liée tant à une sensation physique nociceptive qu'à une émotion.

Connaître la douleur sur soi n'est pas connaître la douleur de l'autre. Elle est une donnée subjective, fondamentalement individuelle dont la nature-même est complexe. Dans son livre

« l'Homme de la douleur », Charles Joussellin (2016) explique qu'elle est "*unique dans son expression et sa valeur, comme tout homme*".

Le vécu de la douleur peut être influencé par de nombreux facteurs tels que la culture du sujet, ses expériences antérieures, la signification et la possibilité ou non de contrôle de la situation, l'anxiété ou encore la dépression.

On distingue les douleurs aiguës des douleurs chroniques.

La douleur aiguë est avant tout un symptôme et constitue le signal d'alarme physiologique "utile" qui assure la protection de l'individu en révélant une affection particulière. Elle est la conséquence d'un stimulus nociceptif et est présente depuis une durée inférieure à trois mois.

La douleur devient chronique lorsqu'elle est présente depuis plus de trois mois. Cependant, comme le souligne Allaz A.-F., "la douleur chronique ne peut être réduite à une simple douleur aiguë qui persiste. Ayant perdu sa fonction de symptôme d'alarme d'un dysfonctionnement somatique, généralement largement dissociée de sa composante lésionnelle, la douleur chronique est devenue un syndrome, (...), où les dimensions émotionnelles ou de renforcement psychosocial prennent une large place, quand elles n'ont pas envahi toute la place." (2003, p8)

Si une douleur organique peut être soulagée par des antalgiques, une douleur psychique, quant à elle, relève d'une approche psychologique ou psychomotrice. La douleur est ce que le patient dit qu'elle est, par son corps et par ses mots. Ainsi, par notre approche, nous ne traitons pas une douleur, mais nous cherchons à soulager la personne douloureuse.

La douleur implique une dimension relationnelle majeure : "L'émotion douleur" est une forme de communication archaïque qui se transmet, se partage, "*j'ai mal pour lui*" dit-on. C'est un signal impératif qui contraint l'autre à faire en sorte que cela cesse.

Le thérapeute, face à "*l'extrême sentiment de solitude de la personne douloureuse*" (David Lebreton, *Anthropologie de la douleur*, 2006), doit être une figure rassurante, à l'écoute. Le patient doit se sentir reconnu dans ce qu'il vit, ce qu'il éprouve, et se saisir de la sécurité qu'on lui propose pour aller mieux.

Que la douleur soit d'origine nociceptive, neuropathique ou psychogène, elle tend à augmenter l'investissement du sujet sur lui-même, et à diminuer ses relations vers autrui et l'environnement. « *L'âme se resserre au trou étroit de la molaire* » Freud

Cela induit une surcharge d'énergie psychique au(x) lieu(x) de la douleur. Plus l'intensité de la douleur augmente, plus l'être entier se ressent uniquement douleur.

Les verbalisations du patient, les manifestations corporelles et les dessins de la personne, permettent au thérapeute une lecture de ce que vit le patient en termes d'effraction de l'enveloppe psychique, de désinvestissement ou surinvestissement parcellaire ou global du corps ou encore de l'effet potentiellement traumatique de la douleur.

Il s'agit, pour le psychomotricien, d'aider le patient à mettre en image son vécu corporel, d'y mettre du sens. Lorsque le patient arrive à parler de sa douleur, il en fait un objet qu'il peut observer, prendre du recul et la faire diminuer.

Le renforcement tonique apparaît comme pour combler la brèche créée par ce qui fait effraction. Cependant, l'hypertonie est un des éléments pouvant être à l'origine de l'augmentation de la douleur. La psychomotricité, en agissant sur la tension, permet une modification du ressenti de la douleur qui se traduit directement par un réaménagement de l'investissement psychique du corps.

Au-delà de sa qualité d'être, fondamentale à la relation thérapeutique, le psychomotricien dispose d'un outil intéressant face à la douleur et à la souffrance psychique : la relaxation.

Pour la plupart, les méthodes de relaxation visent à installer ou restaurer le sens de l'autocontrôle de la douleur. La restauration du lien entre le psychisme et le corps favorise le sentiment d'identité et l'estime de soi. Par ailleurs, le travail sur les sensations et perceptions corporelles permet de redéfinir les limites de l'enveloppe corporelle, renforçant la fonction de pare-excitation du Moi-peau (Anzieu, 1995). Le patient est alors davantage en mesure de gérer ses affects, et d'appréhender le monde et l'avenir de manière plus objective.

La psychomotricité permet au patient de se positionner comme acteur, et non plus comme victime, face à ses ressentis douloureux. A l'aide de médiations adaptées, elle invite le patient à découvrir des sensations plus agréables, à explorer, découvrir ou redécouvrir les possibilités

offertes par son corps. Elle est un véritable soin dans la prise en charge de la douleur, et favorise l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe médicale avec laquelle ce travail se fait en adéquation et en complémentarité.

Manuel d'enseignement en psychomotricité. 3. Clinique et thérapeutique, Chap 12. *La douleur en psychomotricité*

Enseignement du 14/01/19 sur la douleur., E. COLLIN Consultation d'étude et de traitement de la douleur, HUPS

M. Guiose, enseignement d'option soins palliatifs, 2019

II - Clinique et médiations

II – 1 - Différentes méthodes de relaxation

Des séances de relaxation sont régulièrement indiquées par les médecins dans le cadre de l'hospitalisation, dans l'objectif d'apaiser un état de stress post traumatique, diminuer les tensions nerveuses, aider le patient à (re)trouver un apaisement psychique, ou encore accompagner une prise en charge antalgique.

Dans le Petit Robert 2011, la relaxation est définie comme 'une méthode thérapeutique de détente et de maîtrise des fonctions corporelles par des procédés psychologiques actifs'. A travers cette définition, il semblerait que ce soit la détente psychique qui permette la détente physique. Le point de vue holistique de la psychomotricité nous pousse néanmoins à compléter cette définition par sa réciproque. Le Larousse 2012, lui, le définit comme une "détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse". Ces deux définitions complémentaires illustrent bien la diversité des méthodes de relaxation. En 1992, le médecin psychologue Durand de Bousingen aborde le sujet en indiquant que "les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques (proposition d'une médiation pour en attendre d'éventuels changements), rééducative (à visée de traitement symptomatique) ou éducatives (prévention), utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant

spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente psychique et physique". Nous voyons là tout l'intérêt de la pratique de la relaxation dans les cas de stress, d'anxiété et/ou de troubles tonico-émotionnels ou de leur prévention.

L'état de stress survient lorsqu'il y a "déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face" (AESS, 2002). L'organisme y répond par une réaction non-spécifique du système nerveux autonome en produisant des changements biochimiques identiques quel que soit l'agent stressant.

Le système nerveux autonome (ou involontaire, viscéral, végétatif) est une partie du système nerveux qui fonctionne de manière inconsciente, qui est essentiel dans le « maintien d'un environnement intérieur stable : l'homéostasie » (*Neurophysiologie : de la physiologie à l'exploration fonctionnelle*, Paris, éd. Elsevier Masson, 2011, 2ème éd). Il est composé de deux systèmes antagonistes. Le système sympathique (du grec *sym* « avec » et *pathos* « émotion ») comprend "des nerfs qui quittent la moelle épinière dans les régions thoraciques et lombaire et qui innervent les viscères, le cœur et les fibres musculaires des vaisseaux sanguins" (Dubreuil, 2014, p 492). Il agit dans les situations d'urgence (stress). Il permet entre autres l'accélération du rythme cardiaque et de la respiration dans le but de réagir à la situation. Le système parasympathique (du grec *para/parer* « contrer ») "contrôle les contractions involontaires des fibres musculaires des vaisseaux sanguins, du tube digestif, de la vessie, des organes génitaux et du rectum et agit aussi sur les sécrétions glandulaires de l'œil et des glandes salivaires" (*Ibid*, p.505). Il abaisse la fréquence cardiaque et le rythme de la respiration, il est utile pour la conservation de l'énergie (au repos) et les fonctions habituelles (comme la digestion). Il est possible de stimuler le système parasympathique par le contrôle volontaire de la respiration car c'est une fonction du système autonome sur laquelle on peut agir consciemment. De nombreuses techniques de relaxation s'appuient ainsi sur la respiration.

Le tonus est défini par M. Jover comme un état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire (Cours de psychomotricité par Mme Cécile Pavot-Lemoine.2016/2017). Le tonus est régulé par plusieurs structures situées à différents niveaux (spinal, sous-cortical et cortical). Au niveau sous-cortical, la substance réticulée et le thalamus lient le tonus aux états de conscience : une diminution de l'état de vigilance s'accompagne d'un abaissement tonique tandis que le recrutement tonique et un redressement postural s'associe à l'éveil (Albaret J.-M., Giromini F. et Scialom P. (dir), *Manuel d'enseignement de*

psychomotricité - tome 1 : Concepts fondamentaux, Paris, éd. De Boeck Solal, 2011, p.170) Le tonus exerce plusieurs fonctions : il sous-tend l'équilibre postural et les coordinations et devient la trame du mouvement ; il constitue alors le support des émotions et il permet le développement psychique du sujet. Le dialogue tonico-émotionnel, concept développé par J. de Ajuriaguerra, est une fonction tonique affective. En relaxation, les mots et le ton du relaxateur abaissent le niveau tonique du patient. En retour, le thérapeute ressent la détente ou bien le malaise du relaxé et va chercher à s'y ajuster pour ne pas le renvoyer tel quel. (Guiose M., *Relaxations thérapeutiques*, Paris, éd. Heures de France, 2007, 2ème éd., p.62).

Ainsi, comme développé dans les travaux de Gucy et Crete-Charbonneau (1998), les «[...]techniques psychocorporelles (sont) capables de toucher à l'organisation tonique d'un sujet, influant sur la baisse du niveau de vigilance et précipitant une modification des états de conscience. Ces techniques ont comme objectif de régulariser et d'harmoniser les fonctions physiologiques et psychologiques » (Guiose M. « Méthodes de relaxation et de gestion du stress» dans Albaret J.-M., Giromini F. et Scialom P. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité - tome 2 : Méthodes et techniques*, Paris, éd. De Boeck Solal, 2015, p.240). En stimulant le système parasympathique et en abaissant le niveau tonique, la relaxation permet l'accès à un état de conscience modifié et à un relâchement psychique.

Le choix du type de relaxation pratiquée se fait donc en fonction du patient et de sa pathologie. J'ai remarqué que les patients expriment majoritairement leur préférence pour des méthodes qui engagent particulièrement le corps réel par les touchers, contractions/décontractions ou mouvements passifs et actifs. Force est de constater que les patients militaires et sportifs étaient souvent en demande de perceptions corporelles immédiates, qu'elles soient agréables ou non, pour mettre du sens sur le soin proposé et y trouver un intérêt, l'investir. Ainsi, les techniques choisies dans ces situations-là, et en fonction de l'objectif thérapeutique, étaient de type Jacobson, Wintrebert ou encore Feldenkrais. Pour les patients ayant un accès plus aisé, par habitude ou par intérêt, à l'imaginaire et au corps symbolique, le training autogène de Schultz trouve sa place notamment dans les indications de troubles du sommeil et certains troubles anxieux.

En quelques mots, voici une présentation des méthodes citées ci-dessus :

- La **méthode Jacobson** “neuromusculaire à point de départ physiologique” et est dite progressive, par contractions/décontractions d'intensités décroissantes. Il s'agit de

reconnaître, identifier et contrôler les tensions mises en jeu lors de l'activité musculaire. Pour Jacobson, la diminution des tensions résiduelles atténue l'impact émotionnel. Le calme et la mise au repos du cortex seraient permis par la diminution du fonctionnement cérébro-neuro-musculaire excessif grâce à la relaxation directe de la zone périphérique de ce circuit.

- La méthode du médecin psychiatre et chercheur en neurophysiologie H. **Wintrebert** (1922-2000), est dite "activo passive" et se déroule en quatre phases, du portage à l'autonomisation. Elle induit une expérience de l'ordre du maternage (Holding et Handling de Winnicott), qui fait partie intégrante de l'expérience de relaxation.
 - * La première passe par les mouvements passifs et vise un état de relaxation en faisant diminuer ou disparaître les résistances musculaires inopportunes. Elle se présente sous forme de mouvements lents et répétitifs que le thérapeute induit. Ces mouvements concernent les différents segments des membres supérieurs et inférieurs ainsi que la tête.
 - * La deuxième est une phase d'immobilité où l'on passe par de simples contacts (stimuli tactiles)
 - * Ensuite le sujet soulève puis relâche les différents segments de ses membres
 - * Enfin, la dernière partie se compose de différents mouvements autonomes où l'on demande au sujet de contrôler sa respiration et de se relâcher en fin de mouvement.

- La **méthode** du physicien M. **Feldenkrais** (1904-1984) est basée sur la conscience par le mouvement. Le processus d'apprentissage est dirigé vers un but exploratoire. Il s'agit de tendre vers une meilleure fluidité et souplesse du mouvement, ainsi qu'à l'amélioration des coordinations motrices. Les essais et variantes de sensations donnent de nouvelles combinaisons, le sujet s'approprie le mouvement.

- Le **training autogène de J.H. Schultz** (1884-1970), médecin et professeur en neurologie, psychiatrie et psychologie médicale, est une méthode suggestive à point de départ central (autosuggestion). Cette méthode est définie comme un système «d'exercices physiologiques et rationnels, soigneusement étudiés pour provoquer une déconnexion générale de l'organisme, qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permet toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs»

(Schultz J.H., 1958). Au cours de l'évolution de cette pratique, le sujet traversera différents stades et expériences dont :

- L'induction au calme préalable à toute séance : "je suis tout à fait calme"
- L'expérience de la pesanteur en vue d'un relâchement musculaire
- L'expérience de la chaleur produisant une vasodilatation
- Le contrôle du cœur : "mon cœur bat calme et fort"
- Le contrôle respiratoire : " ma respiration est calme, ample..."
- La sensation de front frais

L'apprentissage à cette méthode requiert un travail quotidien et régulier de la part du sujet. Le training autogène est ainsi un « entraînement sur soi-même » à une décontraction physique et psychique par la concentration mentale.

En s'appuyant sur les enseignements de soins palliatifs de Mr Guiose, nous pouvons dire que la relaxation, par son aspect régressif, est un véhicule sanitaire qui nous transporte dans le temps et l'espace psychique. Il s'agit d'une technique de soutien puisque ce qui est transporté c'est toute une fonction maternelle de nourrissage affectif, narcissique qui psychiquement redonne des forces.

Ce qui est renforcé, ce sont les bons objets partiels internes par l'introjection d'éléments revigorant sous forme de voix, regard, toucher, attention, compréhension et tendresse. Le positionnement psychique et corporel du psychomotricien et le cadre de la séance doivent être clairs pour le thérapeute comme pour le patient.

(Manuel d'enseignement en psychomotricité 2. Méthodes et techniques, partie 2 chap.1 Méthodes de relaxation et de gestion du stress)

(Enseignements de relaxation, Mme De Palma, Mr Aroulanda, Mme Caut)

II – 2 - La conscience corporelle

Tout détour par l'impasse d'une maladie ou d'un accident oblige à "s'y prendre autrement", à comprendre comment le corps fonctionne dorénavant. Les différentes techniques de conscience corporelle ont en commun de se centrer non sur la performance, mais sur le processus du mouvement.

Certaines séances de conscience corporelle se font assises ou couchées, les yeux fermés et commencent par une prise de conscience de la respiration. Le sujet porte son attention sur le trajet et la température de l'air à l'inspiration et à l'expiration, les mouvements de sa cage thoracique et de son ventre, leur rythme et leur amplitude. Ensuite l'attention est portée sur les points d'appuis du corps avec le support qui sont sentis, visualisés individuellement puis dans leur globalité comme une cartographie. La visualisation peut aussi porter sur le relâchement musculaire segment par segment puis global... Ce recentrage sur les sensations corporelles a pour but de diminuer le seuil de vigilance et d'induire un relâchement psycho-corporel qui sera la base des diverses propositions qui pourront être faites en fonction du patient et de l'effet recherché, de l'axe que l'on veut travailler. Cherchons-nous à donner au patient la perception d'un corps global, unifié ? Cherchons-nous à lui faire redécouvrir les dimensions, le volume de son corps, de parties de celui-ci ? Son enveloppe ? Des schèmes de mouvements qui offrent un nouvel espace ? Le choix de la médiation utilisée se fait avec le patient en fonction de ce qui est possible pour lui psychiquement et physiquement sur le plan médical.

Sylvie Fortin définit "l'éducation somatique" comme *"le champ disciplinaire d'un ensemble de méthodes qui ont pour objet d'étude et de pratique l'apprentissage de la conscience du corps vivant en mouvement dans son environnement"*.

En clinique, la conscience corporelle ou "éducation somatique", est intéressante chez les personnes dont les douleurs, pertes d'un membre ou de fonctionnalités, modifient la perception du corps et impactent l'être en mouvement, son expressivité et sa relation à l'autre. Il s'agit pour le patient d'être en mouvement plus que d'exécuter le mouvement, de s'intéresser non seulement à l'accomplissement du geste mais surtout à l'observation du processus lui-même, dans l'objectif d'apprendre, ou de réapprendre, à organiser son mouvement. Par exemple, ce travail est très porteur pour les personnes souffrant de lombalgies et/ou cervicalgies chroniques.

Dans le service de MPR, des stages de rééducation fonctionnelle du rachis (RFR) sont proposés. Ces stages se déroulent sur trois semaines, pour un petit groupe de personnes lombalgiques, et sont coordonnés par l'équipe pluridisciplinaire du service. Les patients suivent un programme défini entre kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, balnéothérapie et temps de récupération. Un point est effectué en réunion RFR à la fin de chaque semaine et une synthèse est organisée avec l'équipe rééducative et le médecin en fin de stage. Lors des séances de psychomotricité, on remarque que quand l'attention est portée sur un but, comme ne pas faire tomber les bâtons ou garder les rubans tendus, s'accorder au partenaire... les plans de l'espace sont davantage investis. Le patient qui prend plaisir dans l'atelier finit par dépasser les limites qu'il s'était fixées par anticipation de la douleur et reprend plaisir à bouger. On sollicite chez le patient l'envie et le plaisir du mouvement nécessaire à un meilleur équilibre psychocorporel.

La conscience corporelle peut donc passer par l'exploration des mouvements dans tous les plans de l'espace. Les douleurs et l'appréhension de certains mouvements mènent souvent le patient à réduire sa kinésphère, limiter ses mouvements et leur amplitude. En accord avec les recommandations du médecin et du kinésithérapeute, les propositions de mise en mouvement et de redécouverte des plans de l'espace, permet au patient de garder une certaine mobilité, de prendre conscience des schèmes moteurs qu'il sollicite, et de les rendre les plus économiques possible sur le plan énergétique.

Dans l'immobilité, la conscience corporelle se fait à travers la visualisation des parties du corps, de sa position et de ses appuis, de la prise de conscience de la vie qui s'exprime en soi, à travers le rythme cardiaque, la respiration, les réactions musculaires... Cette conscience corporelle peut également être enrichie aux moyens d'expériences sensorielles telles que des touchers thérapeutiques contenant, le contact humain ou médiatisé sur une partie du corps etc...

On note que la visualisation d'un mouvement, avant-même que celui-ci ne soit effectué, provoque déjà une réaction nerveuse corticale de la zone concernée, et une première contraction musculaire légère, initiatrice du mouvement à venir. Pour Mme T, amputée trans-humérale gauche, la visualisation puis la réalisation de mouvements lents et de faible amplitude au niveau des membres existants physiquement d'une part, et du membre fantôme d'autre part, ont permis de détendre ce dernier en changeant la position dans laquelle il était bloqué, et par-là même de réduire les douleurs neuropathiques dont souffre la patiente.

Par ailleurs, un travail des appuis plantaires et de conscience des charnières articulaires des membres inférieurs (pied, cheville, genou, hanche) jusqu'au bassin et à la région lombaire, est très intéressant pour certains patients atteints de sclérose en plaque présentant des troubles de la sensibilité et de la proprioception. Il permet un réinvestissement du bas du corps, souvent délaissé en raison des pertes de force musculaire, de contrôle du mouvement et/ou de sensibilité. Le travail du bas du corps et sur l'unité corporelle joue un rôle majeur dans la perception de soi, la posture et la prévention des chutes.

L'attention portée sur la régulation tonique au repos et lors d'une action est très intéressante : elle permet au patient de se rendre compte des tensions inutiles qu'il engage, des retentissements sur sa posture et/ou ses douleurs, de l'impact sur ses mouvements.

La respiration est intimement liée à l'état tonique et émotionnel du sujet et soutient ainsi la posture et le mouvement. Le thérapeute porte donc une attention particulière en conscience corporelle, comme pour l'ensemble de ses propositions, à la respiration et à l'état tonique de la personne et l'aide à en prendre conscience pour qu'elle puisse y trouver des ressources hors des séances et de l'hôpital.

Cette liste est bien évidemment non exhaustive, mais permet d'illustrer, en quelques mots, la manière dont les exercices de conscience corporelle ont pu être proposés aux patients rencontrés cette année.

La balnéothérapie est très intéressante dans un objectif de détente psychocorporelle et de conscience corporelle. L'eau est un milieu contenant, amenant à des sensations archaïques de la vie fœtale. *“L'eau est le seul élément où je me sens bien, comme un bébé”*, me confie une patiente hospitalisée pour des lombalgies chroniques invalidantes. L'eau permet de se laisser porter, de ne plus avoir de poids sur les articulations - soulagement biomécanique - mais c'est aussi lâcher prise, ne plus être “un poids pour soi-même” et pour l'autre, se percevoir autrement. Elle permet diverses expériences de portages médiatisés ou non, des variations toniques et sensations corporelles subtiles, un rapport aux lois de la gravité modifié.

II – 3 - Les parcours psychomoteurs

Il n'existe pas un parcours psychomoteur type mais une multitude de possibilités permises par le matériel à disposition, la créativité du thérapeute et ce que le patient apporte - ses capacités, ses difficultés, ses idées, sa demande... -.

En MPR, les parcours psychomoteurs, sont indiqués généralement dans les situations de difficultés de motricité globale, quelle qu'en soit l'origine. Cette médiation de présentation ludique, représente un outil intéressant pour appréhender le sujet dans un cadre repéré avec des objectifs clairs afin d'améliorer son contrôle corporel, sa confiance en lui, et favoriser l'adaptation - ou la réadaptation - du sujet à son environnement physique et social.

(Manuel d'enseignement en psychomotricité 3. Clinique et thérapeutiques. p. 61)

Le but n'étant pas le renforcement musculaire, on cherche ainsi à comprendre les difficultés mécaniques et/ou psychologiques du patient à évoluer dans un environnement varié. La psychomotricité vise lors des parcours, à travailler sur les sensations, la proprioception, les réactions tonico-émotionnelles et l'investissement du corps dans l'espace dans lequel on amène progressivement des variables. On porte une attention toute particulière à la respiration dans le mouvement et la gestion des émotions, aux verbalisations. Faisant écho aux notions de holding et handling de Winnicott, le psychomotricien accompagne et soutient le patient physiquement et psychiquement par des appuis matériels ou humains si besoin, et un étayage verbal.

III- Les limites du patient

III – 1 - Contres indications

Lorsque le patient est dans une phase critique, juste après une amputation par exemple, il est trop tôt pour travailler sur les sensations. La personne va se construire une carapace tonico-émotionnelle pour dans un premier temps « accepter l'inacceptable » et tout mettre en œuvre pour que les soins primaires indispensables se passent le mieux possible. (Pansements, soins de cicatrices etc...).

Pour certains patients, les paresthésies peuvent être particulièrement désagréables et être accentuées par le contact. D'autres encore sont à un stade de cicatrisation qui ne permet pas ou peu le mouvement et rendent le contact impossible. Le rapport direct au corps sera alors abordé plus tard, et on privilégiera, si le patient est disponible à cela, des échanges verbaux et/ou des exercices de relaxation – par respirations et visualisations - en vue d'apaiser les tensions internes.

III – 2 - Non indications

Sans que cela ne constitue une contre-indication à proprement parlé, il arrive que dans certains cas les séances de psychomotricité initialement prescrites s'avèrent inutiles dans un premier temps. Je m'explique : lorsqu'on pense amputation on a tendance à penser "travail du schéma corporel", mais il arrive que certains patients soient hospitalisés pour faire les essais/modifications d'une nouvelle prothèse, soient amputés depuis plusieurs mois ou années et ont parfaitement intégré leur nouveau schéma corporel, accepté leur nouvelle vie. Il n'y a alors pas d'intérêt à travailler sans la prothèse en psychomotricité. Le travail ne reprend alors que lorsque la prothèse est reçue et qu'il faut alors réintégrer les nouvelles sensations, un nouvel équilibre.

IV- Les limites du psychomotricien

Sachant que j'allais rencontrer des personnes ayant vécu des traumatismes physiques et psychiques importants, je me suis posé la question de la place et de l'attitude que j'allais avoir vis à vis d'elles. Si je n'ai finalement ressenti aucun malaise ni dégoût vis à vis des amputations ou brûlures par exemple, j'ai été davantage marquée par des situations graves touchant des sujets jeunes, voire plus jeunes que moi, comme une jeune fille de 21 ans quadri-amputée suite à une infection contractée en voyage avec des amis. Certains récits de patients ayant vécu des horreurs de guerre, des attentats, ou exprimant une souffrance extrême face au bouleversement de leur vie toute entière, m'ont parfois déstabilisée. J'ai également été surprise de constater à quel point les démarches administratives et juridiques suite à un accident pouvaient impacter le suivi médical : impact psychologique pour le patient, attente de dédommagements/

financement pour le matériel médical et les installations adaptées... un véritable combat à part entière.

Force est de constater que certains mouvements identificatoires sont inévitables et que notre position de thérapeute nous demande un travail personnel important. La relation d'individu à individu implique ce que le patient est, et ce que je suis. L'acte de soin implique ce que l'on fait mais également ce que l'on est, ce que l'on pense et comment on appréhende la situation. Cela me fait penser à certains ateliers pratiques lors des trois années d'études en psychomotricité, lors desquels nous étions amenés à nous interroger sur "ce que je vois, ce que je comprends, ce que j'imagine et ce que je ressens". Face à la complexité des relations humaines et à la détresse à laquelle nous sommes, en tant que thérapeutes, quotidiennement confrontés, il semble intéressant de s'ouvrir à l'intérêt d'un espace personnel de thérapie en fonction des résonances psychiques qui peuvent s'opérer. Par ailleurs les supervisions semblent indispensables dans une profession qui implique l'Humain, ce que l'on est, ce que l'on fait et la relation à l'autre, ses difficultés, sa souffrance.

Pourquoi voulons-nous soigner ? La douleur, qu'elle soit physique ou psychique, résonne différemment en celui qui la vit et celui qui l'observe. Le soignant peut-il toujours faire face à ces douleurs ? Comment se positionner par rapport au patient souffrant ?

V- Proposition d'un support de prescription

Il existe actuellement sur mon lieu de stage, un espace de prescription en ligne pour la psychomotricité. Quelques items sont proposés et le médecin a la possibilité d'ajouter des remarques. Je me suis demandé comment guider nos prescripteurs quant aux indications psychomotrices ? Quel support de prescription pourrait-être proposé dans un établissement qui ouvrirait un poste de psychomotricien ?

Je propose ici un potentiel support de prescription, adaptable en fonction des services. En annexe 7, les pages 76 et 77 correspondent respectivement au recto - support de prescription sous forme de tableau à cocher - et au verso - guide des indications psychomotrices - de ce support.

D - CONCLUSION

Ces trois années et ce mémoire de fin d'études en Psychomotricité m'ont beaucoup apporté professionnellement et humainement. J'ai pu constater l'étendue des possibilités d'approche qu'offre la psychomotricité. Ce stage n'a fait que renforcer ma conviction selon laquelle la psychomotricité a toute sa place en milieu hospitalier, malgré les contraintes de temps, d'espace et de multiplicité des soins que ce contexte peut imposer. Les enjeux de la psychomotricité résident notamment dans le fait que, si elle semble "à part", car moins formelle ou plus ludique, que les autres professions, elle doit dans un même temps, celui de l'hospitalisation, s'inscrire dans un projet de soin cohérent, pensé et défini avec l'équipe pluridisciplinaire qui entoure le patient. Par ailleurs j'ai pu percevoir combien, pour le psychomotricien, se décentrer du symptôme constitue un défi, dans un environnement qui met précisément le symptôme au cœur de ses préoccupations : lorsqu'un patient arrive avec un bras brûlé on a tendance à vouloir travailler sur ce bras. Néanmoins, le rôle de la psychomotricité n'est pas de rééduquer ce bras, de travailler SUR ce bras, mais bien de travailler AVEC ce bras, de le réintégrer à la globalité du corps, d'accompagner le patient dans un réinvestissement psychique et corporel global. Enfin, la psychomotricité hospitalière implique un rapport à la douleur particulièrement présent, et est une technique intéressante pour la prise en compte de cette douleur, tant sur le plan physique que psychologique.

La psychomotricité accompagne ainsi le patient dans son "corps-accord", dans le processus d'accordage et de réadaptation de sa Corporéité face à ce qu'il traverse.

E- ANNEXES

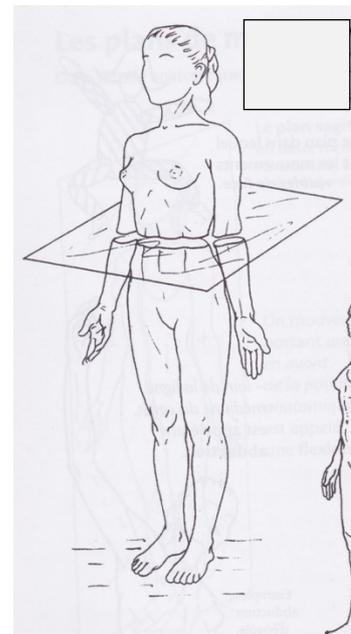
Schémas des plans de mouvement par Blandine Calais-Germain

Dans Anatomie pour le Mouvement, *Introduction à l'analyse des techniques corporelles*,
2013

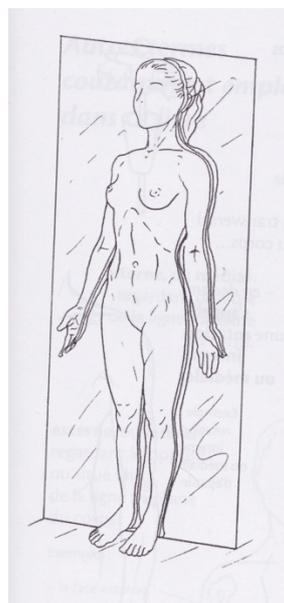
Annexe 1-a
Le plan Sagittal



Annexe 1-b
Le plan Transversal

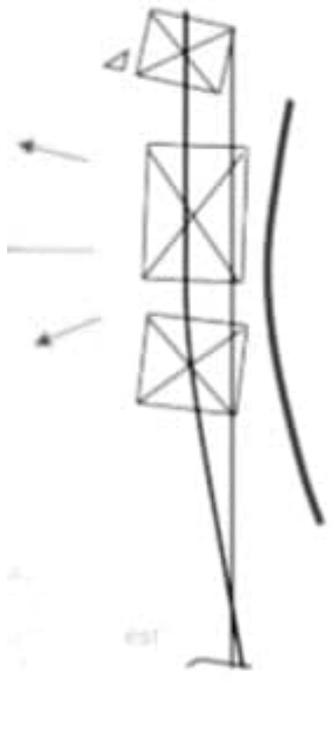


Annexe 1-c
Le plan Frontal

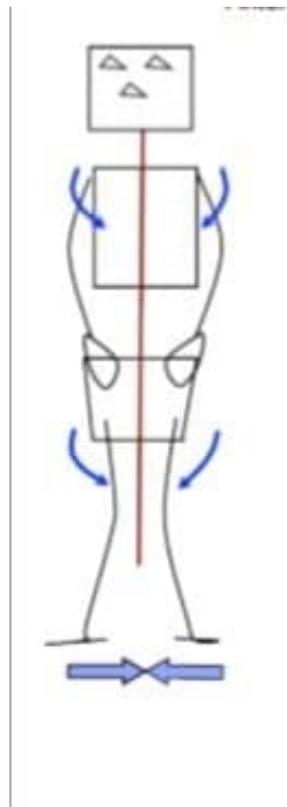


Schémas de correspondance entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires proposés par G. Struyf,

Annexe 2 -a

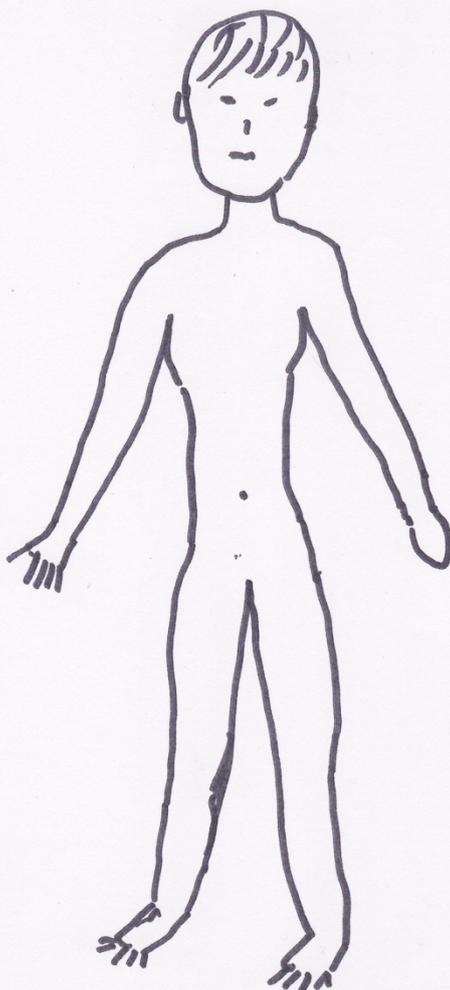


Annexe 2- b



Annexe 3 : Premier dessin de la personne, Mme T

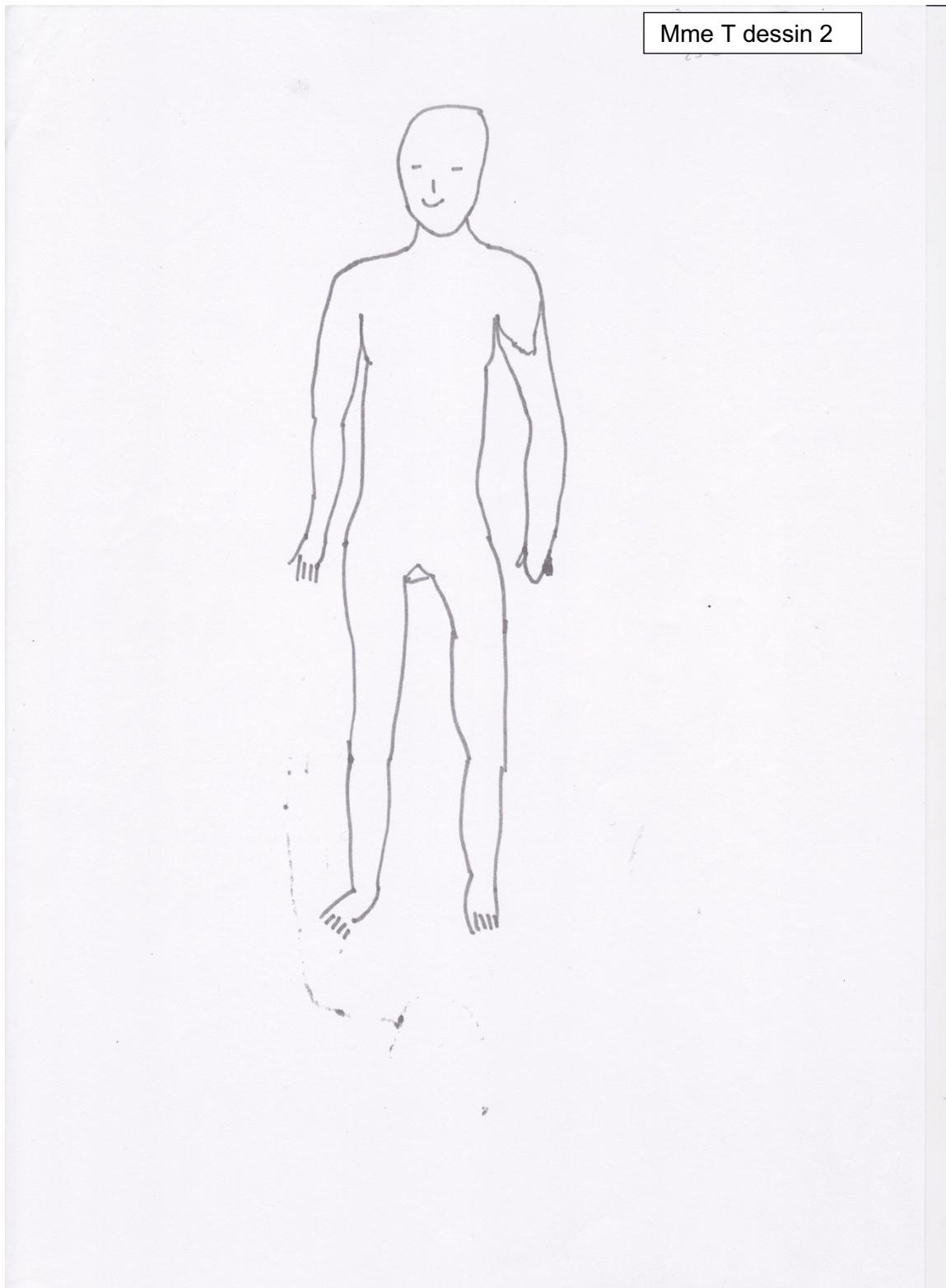
Mme T Dessin 1



"les poches sont
mal dessinées mais
ce n'est pas grave,
ce n'est pas important
pour moi, jusqu'à elles
va tout bien".

"D'adultère, je
n'ai pas dessiné
les doigts dans la
ce devrait important

Annexe 4 : Mme T, dessin de la personne après trois semaines d'hospitalisation



Annexe 5 : premier dessin de la personne de Mr F



Annexe 6 : Mr F, dessin de la personne après trois semaines d'hospitalisation

Mr F Dessin 2



"j'ai toujours mal là-haut,
plus tellement au dos mais il
reste les cervicales. C'est plus
rouge c'est orange".

"Je suis redressé, moins
tordu."

"Aujourd'hui j'ai le sourire"

Annexe 7 : Proposition d'un support de prescription

Fiche de liaison Médecin - psychomotricien

Patient

Nom :

Prénom :

Age :

Pathologie :

Prescripteur :

Nom :

Date :

Contact psychomotricien
N° :

Indications en Psychomotricité

Cocher maximum trois éléments répondant au projet de soin hospitalier

Angoisse somatisée		Difficultés de repérage/ orientation Temporo-spatial(e)	
Ralentissement psychomoteur		Troubles de la motricité globale / fine	
Troubles de la sensibilité/ proprioception		Troubles posturaux	
Troubles du schéma corporel		Troubles de l'équilibre	
Troubles de l'image du corps		Troubles de la communication	
Troubles tonico-émotionnels		Accompagnement perte d'autonomie	
Soins difficiles		Accompagnement gestion antalgique	

Quand contacter le psychomotricien ?

- Angoisse somatisée : Elle peut se caractériser par des troubles du sommeil (insomnies, réveils nocturnes), de l'appétit
- Ralentissement psychomoteur : Lenteur des gestes et de la motricité dans son ensemble, diminution de la motricité spontanée, ralentissement du débit verbal, troubles de l'attention.
- Troubles de la sensibilité/ proprioception : Sensations modifiées, altérées, (hypoesthésie, paresthésies, hyperesthésies), difficultés de perception, de prise d'informations et d'adaptation aux afférences sensorielles intéro et extéroceptives.
- Troubles du schéma corporel : Atteinte des repères topographiques des différentes parties du corps et du corps dans l'espace (ex : patient ne comprenant plus le fonctionnement du corps ou n'arrivant plus à s'organiser dans sa gestualité).
- Troubles de l'image du corps : Atteinte de l'investissement psycho-affectif du corps (ex : propos étranges, dévalorisants...)
- Troubles tonico-émotionnels : Atteinte du lien entre les émotions et les réponses musculaires. Plexus solaire « verrouillé », le patient a des difficultés à gérer ses émotions, sphère émotionnelle bloquée, hyper vigilant, ou anormalement asthénique.
- Soins difficiles : (ponctions, pansements, examen, toilette) Le psychomotricien participe à l'évaluation de la souffrance globale du patient (angoisse d'intrusion, agitation...) et cherche des adaptations pour rendre ce temps plus confortable pour tous (relaxation, dé-focalisation...)
- Désorientations spatio-temporelles : Patient ayant des difficultés à se repérer dans l'espace ou le temps (se trompe ou oublie ses horaires de rendez-vous, se perd, hyper-contrôle)
- Troubles de la motricité globale : Patient présentant des difficultés de coordinations, rigidité...
- Troubles de la motricité fine : Difficultés de coordinations ou coopérations bi-manuelles, difficultés de préhension, de déliement digital.
- Troubles posturaux : Patient présentant des troubles posturaux liés à une hypertonie ou hypotonie, compensations posturales.
- Troubles de l'équilibre : Patient insécurisé, troubles de l'axialité, troubles sensoriels
- Troubles de la communication : Patient trachéotomisé, troubles neurologiques, repli sur soi.
- Accompagnement perte d'autonomie : Patient anxieux, atteinte de l'estime de soi...
- Accompagnement gestion antalgique : Patient douloureux, fatigué, risque d'aggravation, d'ajout ou de chronicisation des douleurs.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au travail, Rapport de 2002

Ajuriaguerra J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

Allart, E., Daveluy, W., & Devanne, H. (2017). *La plasticité cérébrale : définition et mécanismes*. Dans J. Froger, I. Laffont, A. Dupeyron, S. Perrey, & M. Julia, *La plasticité cérébrale* (pp 19-26). Montpellier : Sauramps Médical.

Amiel-Tison, C., & Grenier, A. (1985). *La surveillance neurologique du nourrisson au cours de la première année de la vie*. Paris : Masson.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (éd. 2^{ème} édition). Paris : Dunod.

Bacqué, M.-F. (2007, Mars). Prévenir les troubles de l'image du corps et la représentation de soi. *Psycho-oncologie* (1), pp. 3-5.

Bernheim H. (1884) *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris.

Dans A. Berthoz, R. Recht, *les espaces de l'homme*, Symposium du Collège de France, Paris, Odile Jacob, 2005, p. 161-184, B. Tversky, "la cognition spatiale

Bonnet. C, professeur de psychologie cognitive expérimentale à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg

Extrait de "Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche", A. Bullinger, éd. érès, *La Vie de l'enfant*, 2004.

Calais-Germain, B. (2013). Anatomie pour le mouvement. *Introduction à l'analyse des techniques corporelles*.

F. Chirpaz, *Le corps*, Paris, PUF, 1963, 5eme éd. 1977

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Points. p. 18, 22, 23

Dubreuil M., *Dictionnaire des sciences de la vie et de la Terre*, Paris, éd. Nathan, 2014, p.492

Facione J, Thomas-Pohl M, Borrini L, Lapeyre É. (2016)
Des blessés jeunes et sportifs polytraumatisés « de la tête aux pieds ».

S. Fortin, “ *l'éducation somatique: nouvel ingrédient de l'éducation pratique en danse*”,
Nouvelles de danse, n)28, 1996, p. 15-30. Cf. aussi son interview diffusée dans le DVD
Somatic Approaches to Movement publié par Recherche En Mouvement (2009)

Giromini F, Albaret J-M, Scialom Ph ; Manuel d'enseignement de psychomotricité Vol. 1
Concepts fondamentaux. éditions de boeck solal.

Giromini F, Albaret J-M, Scialom Ph ; Manuel d'enseignement de psychomotricité Vol. 2
Méthodes et techniques. éditions de boeck supérieur.

Giromini F, Albaret J-M, Scialom Ph ; Manuel d'enseignement de psychomotricité Vol. 3
Clinique et thérapeutique éditions de boeck solal.

Chapitre 4 *Rééducation des troubles de la coordination dynamique générale*.

Chapitre 6 *Rééducation des troubles de la perception temporelle, utilisation des techniques rythmiques*.

Chapitre 12 *la douleur en psychomotricité : comment prendre la douleur en charge ?* pp 157

Chapitre 19 A. *L'accompagnement thérapeutique de patients adultes en relaxation psychosomatique, méthode G.B. Soubiran* : illustrations cliniques pp260-272

Chapitre 20 *Traumatismes crâniens* pp284-287

Chapitre 21 *accidents vasculaires cérébraux (AVC)* pp 296

Chapitre 23 *Sclérose latérale amyotrophique*

Chapitre 24 *la sclérose en plaques* pp 317

Ghoussoub K., (2012) Médecine physique et réadaptation et équipe multidisciplinaire au liban : état actuel et perspectives. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*
Volume 55, numéro S1
page e302 (octobre 2012)

Goumas J., Le Roux F., Pham Quang L., *Apports des thérapies psychomotrices dans la prise en charge du sujet âgé douloureux*. Infokara n°61, 1/2001, 15-26

Guiose M., Gaucher-Hamoudi O. *Soins palliatifs et psychomotricité*. Paris : Heures de France, 2007

Guiose M., *Relaxations thérapeutiques*, Paris, éd. Heures de France, 2007, 2ème éd., p.62

Guiose M. « Méthodes de relaxation et de gestion du stress » dans Albaret J.-M., Giromini F. et Scialom P. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité - tome 2 : Méthodes et techniques*, Paris, éd. De Boeck Solal, 2015, p.240

Ibid, p.505

Jeannerod, M. (2010, Mars). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, pp. 185-194.

Jeannerod, M. (2006). Plasticité du cortex moteur et récupération motrice. *Motricité cérébrale*, pp. 50-56.

Joussellin. C., *L'Homme de la douleur*. Collection Philosophie, éthique et santé. Saint-Denis : Connaissances et savoirs, cop. 2016

Kübler-Ross, E., & Kessle, D. (2009). *Sur le chagrin et le deuil : trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Paris : Jean-Claude Lattès.

Lebreton. D, *Anthropologie de la douleur*, 2006

Le Chapelain, L., Beis, J., Martinet, N., Viehl-Ben Meridja, A., Paysant, J. & André, J. (2010). Les troubles des représentations du corps après désafférentation. *Revue de neuropsychologie*, volume 2,(3), 212-220. doi:10.3917/rne.023.0212.

Lesage. B. Jalons pour une pratique psychocorporelle. *Structure, étayage, mouvement et relation*. Collection l'ailleurs du corps. édition érès

Communication pour le colloque "les médiations thérapeutiques en psychomotricité", centre hospitalier Théophile-Roussel, Montesson, 2 Décembre 2011).

Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris : Dunod

Potel Baranes, C. (2010). *Être psychomotricien*. Toulouse, France: érès. doi:10.3917/eres.potel.2010.01.

Potel. C., *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. éd. érès, 2013 (1ère édition 2010) p. 111

Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A. « Le tonus et la tonicité » dans Albaret J.-M., Giromini F. et Scialom P. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité - tome 1 : Concepts fondamentaux*, Paris, éd. De Boeck Solal, 2011, p.170

Saint-Cast, A., & Boscaini, F. (2012, Janvier). Glossaire de psychomotricité. *Evolution psychomotrice*, 24 (95), pp. 10-56.

Schiffmann, S. (2001). Le cerveau en constante reconstruction : le concept de plasticité cérébrale. *Cahiers de psychologie clinique*, 16,(1), 11-23. doi:10.3917/cpc.016.0011.

Schilder P. (1968). *L'Image du corps*. Paris : Gallimard

Schultz J.H. (1958) *Le training autogène. Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative*. Paris, PUF

Simon, J.-L. (2010). *Vivre après l'accident : conséquences psychologiques d'un handicap physique*. Lyon : Chronique sociale.

Veeseer, A. (2015). Contenance en psychomotricité. Dans E. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 138-145). Paris : Dunod.

Vibert J.-F., Sebille A., Lavallard-Rousseau M.-C., Mazières L., Boureau F. (dir), *Neurophysiologie : de la physiologie à l'exploration fonctionnelle*, Paris, éd. Elsevier Masson, 2011, 2ème éd

Vulpian, A. (1874). Note sur les effets de la faradisation directe des ventricules du coeur chez le chien. *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, 6, 975-982.

Olislagers P.(2014) De la psychomotricité à la corporéité. *Sciences & sports* volume 29, Numéro S page 59

Enseignements :

Cocaign. V Enseignements en soins palliatifs 2019

E. COLLIN, *Enseignement du 14/01/19 sur la douleur., Consultation d'étude et de traitement de la douleur, HUPS*

Mme De Palma, Mr Aroulanda, Mme Caut *Enseignements de relaxation*

M. Guiose, *Enseignement d'option soins palliatifs, 2019*

Pavot-Lemoine. C - Cours de psychomotricité 2016/2017

Sitographie :

C:\Users\Utilisateur\Downloads\https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/corps-humain-plasticite-cerebrale-15833/

Dr D. ROSE, Membre de la Société Française des Neurosciences, CHU Amiens, Site pédagogique www.neurobranches.chez-alice.fr

<http://www.em-premium.com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/928681/resultatrecherche/34>

<http://www.em-premium.com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/750035/resultatrecherche/12>

Wirocius J-M (2012) Quel sens donner à la rééducation ? L'apport de la linguistique
Journal de réadaptation médicale Volume 32 (1) : 4-18
<http://www.em-premium.com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/702576/resultatrecherche/15>

Pratiques psychocorporelles et kiné
<http://www.em-premium.com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/894937/resultatrecherche/30>

Watelain E, Sultana R Faupin A et all (2018). Activités aquatiques à visée thérapeutique
Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation

<http://www.em-premium.com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/1230298/resultatrecherche/31>
[87613]

Amputation du membre supérieur
<http://www.em-premium.com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/862424/resultatrecherche/41>

Rietsch J, Chennet C.
[Psychomotricity and socio-aesthetics, physical therapy interventions for obese teenagers].
Soins Pédiatr Pueric. 2018 Nov - Dec;39(305):27-28.

Duret C, Hutin E, Lehenaff L, Gracies JM. (2015) Do all sub acute stroke patients benefit from robot-assisted therapy? A retrospective study. Restor Neurol Neurosci. ;33(1):57-65

Rev Prat. 66(7):799-803.

Yancosek KE¹, Roy T, Erickson M. Rehabilitation programs for musculoskeletal injuries in military personnel. *Curr Opin Rheumatol*. 2012 Mar;24(2):232-6.

Heathcote K¹, Wullschleger M^{1,2}, Sun J¹. 2018 The effectiveness of multi-dimensional resilience rehabilitation programs after traumatic physical injuries: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil*. Jun 22:1-16.

Kumar KS¹, Samuelkamaleshkumar S, Viswanathan A, Macaden AS.

Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 20;6

Hoover DL, VanWye WR, Judge LW (2016). Periodization and physical therapy: Bridging the gap between training and rehabilitation. *Phys Ther Sport*. Mar;18:1-20. doi: 10.1016/j.ptsp.2015.08.003. Epub 2015 Sep 9.

RESUME

L'intérêt de la place de la psychomotricité en milieu hospitalier, et tout particulièrement en service de Médecine Physique et Réadaptation, s'est spontanément imposé dans mon parcours professionnel. Ce mémoire cherche à en définir le sens et les enjeux, sur la base de l'analyse de cinq cas cliniques représentatifs. Ceci permet d'affiner la spécificité de l'approche psychomotrice, ses indications et ses limites. Une proposition de fiche de prescription argumentée envisage de faciliter le lien entre le prescripteur et le psychomotricien, et de favoriser l'intégration de la psychomotricité dans le parcours de soins du patient hospitalisé, en toute légitimité.

Mots clefs : Approche psychomotrice – Traumatisme - Médecine Physique et Réadaptation- Neuro-plasticité - Schéma corporel - Image du corps – unité psychocorporelle – Relation thérapeutique

SUMMARY

My professional concerns have spontaneously focused on the benefit of psychomotor skills in a hospital environment, particularly in Physical and Rehabilitation Medicine Department. Based on the analysis of five clinical cases, this report aims at defining the meaning and stakes specifying of the psychomotor approach, its indications and limits. To this extent, a prescription card can increase the dialogue between the medical practitioner and the psychomotor therapist. It can also enhance with legitimacy the integration of psychomotor skills in the care of a hospitalized patient.

Key words : Psychomotor approach – Injuries - Physical and Rehabilitation Medicine – Neuronal plasticity - Body scheme – Body image – Psycho-physical unity – Therapeutic relationship

